

Aus dem Institut für Sozialmedizin
der Ruhr-Universität Bochum
Prof. Dr. Herbert Viefhues

Kurmaßnahmen im Vergleich.
Eine Fallstudie über präventivmedizinische
Therapieformen in einem Privatsanatorium
und in einer BfA-Klinik

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruhr-Universität Bochum

vorgelegt von
Gerd Henke
aus Bochum

~~1984~~
1985



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546407_0053

Aus dem Institut für Sozialmedizin
der Ruhr-Universität Bochum
Prof. Dr. Herbert Viefhues

Kurmaßnahmen im Vergleich.
Eine Fallstudie über präventivmedizinische
Therapieformen in einem Privatsanatorium
und in einer BfA-Klinik

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruhr-Universität Bochum

vorgelegt von
Gerd Henke
aus Bochum

1984

Abstract

1988, 1989

Abstracts of the 1988 and 1989

Abstracts of the 1988 and 1989

The following abstracts are published in the 1988 and 1989
Abstracts of the 1988 and 1989

Dekan: Prof. Dr. W. Kozushek
Referent: Prof. Dr. H. Viefhues
Korreferent: Prof. Dr. D. Ricken

Tag der mündlichen Prüfung: 25.06.1985

ABSTRACT

HENKE, GERD

KURMASSNAHMEN IM VERGLEICH.

EINE FALLSTUDIE ÜBER PRÄVENTIVMEDIZINISCHE THERAPIEFORMEN IN EINEM PRIVATSANATORIUM UND IN EINER BfA-KLINIK.

Die vorliegende Fallstudie hat 64 Kurpatienten mit vegetativ dys-tonen Ausgangs"leiden" bzw. leichten Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Selbst- und Fremdeinschätzung im Kurverlauf und im Hinblick auf Blutdruckregulation, Serumcholesterinspiegelveränderung und Gewichtsveränderung untersucht. Die Patienten wurden zu je einer Hälfte in einem Privatsanatorium und in einer BfA-Klinik behandelt. Hinsichtlich der Kurerfolgsbeurteilung zeigte sich eine positivere Selbst- und auch Fremdeinschätzung im Privatsanatorium als in der BfA-Klinik, obwohl über 90 % der Patienten in Klinik 1 (Privatsanatorium) 50 Jahre und älter waren. Das persönliche Befinden wurde nach vier Wochen von den Patienten in Klinik 1 zu 100 % mit "gut" angegeben, hingegen in Klinik 2 (BfA-Klinik) nur von 87,5 % der Patienten. Ebenso wurde der Kuraufenthalt in Klinik 1 insgesamt besser bewertet als in Klinik 2. In beiden Kliniken war die Selbsteinschätzung des Kurerfolges durch den Kurpatienten weit positiver als die Fremdeinschätzung durch den behandelnden Arzt. Im Klinikvergleich zeigte sich eine unterschiedliche Indikation von Kurmaßnahmen. In Klinik 1 wurde vorwiegend konventionell therapiert, während die BfA-Klinik neuere Kurmaßnahmen (Psychotherapie u.a.) verordnete. In der Selbst- und auch in der Fremdeinschätzung wies die Psychotherapie die beste Beurteilung auf, dicht gefolgt von den physikalischen Therapiemaßnahmen, insbesondere der Bewegungstherapie. Bis auf die Atem/Entspannungstherapie konnten durch alle Therapieformen deutlich meßbare Kureffekte erzielt werden. Trotz der in den Kliniken unterschiedlichen Indikation der Kurmaßnahmen bei ähnlichem Aufnahmebefund konnte unter allen Therapieformen eine Normalisierung des Blutdrucks und des Serumcholesterinspiegels erreicht werden. In 70-90 % der Fälle konnte in beiden Kliniken - nicht abhängig von nur einer Kurmaßnahme - eine Normalisierung des Blutdrucks erzielt werden. Zudem zeigen die "Krankheits"bilder unter unterschiedlichen Therapiemaßnahmen homogene, d.h. annähernd gleiche Verläufe,- auch im Klinikvergleich.

Vorwort	1
I. Einleitung und allgemeine Problemstellung	2 - 17
Anmerkungen	15 - 17
II. Methodik	18 - 21
1. Pretest	18
2. Durchführung der Befragung	18 - 20
3. Aufbau des Fragebogens	20 - 21
3.1. Patientenfragebogen	20
3.2. Arztfragebogen	20 - 21
4. Auswertung	21
III. Ergebnisse	22 - 75
1. Kurkliniken im Vergleich	22 - 41
1.1. Soziographische Daten	22 - 24
1.2. Kurpatientenbild bei Aufnahme	25 - 31
1.3. Kureffekte in Selbst- und Fremdeinschätzung	32 - 35
1.3.1. Meßbare Kureffekte (Blutdruck-, Serumcholesterinspiegel-, Gewichtsveränderung)	32 - 33
1.3.2. Akzeptanz der Kurverordnungen	34 - 35
1.4. Kurerfolgsbeurteilung in Selbst- und Fremdeinschätzung	36 - 41
1.4.1. Persönliches Befinden über 4 Wochen	36
1.4.2. Verordnete Kurmaßnahmen	37 - 38
1.4.3. Veränderung der Lebensgewohnheiten	38 - 39
1.4.4. Beurteilung der Kur	40 - 41
2. Kurmaßnahmen im Vergleich	42 - 75
2.1. Physikalische Kurmaßnahmen	43 - 56
2.1.1. Bewegungstherapie	43 - 49
2.1.2. Balneotherapie	49 - 53
2.1.3. Hydrotherapie	53 - 56
2.2. Psychotherapie	56 - 60
2.3. Diätetik	61 - 68
2.4. Klimatherapie	68 - 72
3. Anmerkungen	73 - 75
IV. Diskussion	76 - 88
Anmerkungen	88
V. Zusammenfassung	89 - 94
VI. Literaturverzeichnis	95 - 102
VII. Anhang	103 - 115
1. Fragebögen	103 - 111
2. Tabellen-/Abbildungsverzeichnis	112 - 114
3. Abkürzungsverzeichnis	115

Vorwort

Mit dem 2. Haushaltsstrukturgesetz vom 01.01.1982 sind gravierende Einschnitte in den Kursektor, insbesondere in den präventivmedizinisch wirkenden Teil, vorgenommen worden. Nicht zuletzt die Zweifel an dem Kurerfolg bzw. an positiven Kureffekten einer Präventiv-Kur haben die Kürzungen und die veränderte Bewilligungsgrundlage hervorgerufen.

Die vorliegende Arbeit hat die Diskussion um Prävention in der Kur ja oder nein aufgegriffen und in zwei Fallbeispielen vor allem eine Kurerfolgsbeurteilung im Klinikvergleich (Privatsanatorium versus BfA-Klinik) versucht, um dann gezielt in der vorliegenden Arbeit den Kurerfolg bzw. die Kureffekte in Abhängigkeit von den jeweils verordneten Kurmaßnahmen zu diskutieren.

Die 64 in Selbst- und Fremdeinschätzung untersuchten Kurpatienten bieten nur ein Beispiel für die Kurortbehandlung der vegetativen Dystonie bzw. leichter Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Es wird hiermit kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben.

Die Datengrundlage wurde in einem kleineren Projekt über "Kurkliniken im Vergleich" erarbeitet, an dem neben dem Verfasser noch cand.med. Hans-Arno Meyer mitgearbeitet hat. Die Projektleitung hatte Prof. Dr. med. H. Viefhues. Die erhobenen Daten stammen aus einer BfA-Klinik und einem Privatsanatorium und wurden zwischen August 1981 und Juli 1982 erhoben. Die Datenerhebung konnte nur aufgrund der großzügig gewährten Unterstützung der BfA-Berlin, insbesondere von Prof. Dr. med. Mäurer, und den leitenden Ärzten des Privatsanatoriums und der BfA-Klinik erfolgen.

I. Einleitung und allgemeine Problemstellung

"Ist die Erwerbstätigkeit eines Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder ist sie gemindert, kann der Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Rehabilitation erbringen, wenn die Erwerbstätigkeit durch diese Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann..."¹

Das 2. Haushaltsstrukturgesetz vom 01.01.1982 hat auf das Kurwesen einen großen Einfluß genommen. Danach soll es künftig nicht mehr möglich sein, bei einfacher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit eine Kur bewilligt zu bekommen. Bewilligungsgrundlage kann nur noch eine "erheblich " gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit sein. D.h. ganz konkret, daß jede Form der Prävention in Heilbehandlungen ausgeschlossen sein wird. Die Wiederholung von Heilbehandlungen ist nach dem neuen Gesetz erst nach 3 Jahren - bislang nach 2 Jahren - möglich. Eine vorzeitige Wiederholung ist nur möglich, wenn die Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist.²

Die BfA hat auf dieser Grundlage allein 1983 40 % weniger Kuren bewilligt als noch 1981.³ Wannenwetsch sieht in den neuen Sparmaßnahmen eine ungleiche Behandlung zuungunsten des Kurwesens. Als Beispiele nennt er hierfür, daß das Übergangsgeld während einer Kur bis zu 75 % gekürzt wird, das Krankengeld während eines Krankenhausaufenthaltes aber nicht. Die Versicherten sollen zukünftig pro Kurtag 10,-- DM selbst beitragen, pro Krankentag jedoch nur 5,-- DM - bei weitaus höheren Kosten der Krankenhausbehandlung.

"Das trifft gerade die Gesundheitsbewußten, die Urlaub und Geld für ihre Gesundheit opferten".⁴

Mit der ab 1984 vorgesehenen totalen Streichung der offenen Badekur und dem weiteren Rückgang der Kuranträge (30%, 1. Halbjahr 1982) ist vor allem auch ein wirtschaftlicher Einbruch auf dem Kursektor vorherzusehen. Zunächst werden allein 50.000 Arbeitsplätze überflüssig. Daß man mit übertriebenen Sozialleistungen im Kursektor abrechnet, ist insgesamt nur richtig, daß man statt der Einbeziehung vernünftiger Alternativen (Wannenswetsch: "Reduzierung der Nachkur, keine unnötige Kurverlängerung") jedoch jede Form der Prävention streicht, kann langfristig eher höhere Kosten verursachen. Es muß die Frage gestellt werden, ob mit dem "Verzicht auf jede Prävention"⁵ nicht künftig eine Steigerung der Akuterkrankungen erkaufte wird. Oder anders ausgedrückt, befinden wir uns auf dem Weg zu einer neuen Klassenmedizin, wo die Beamten über die Beihilfe weiterhin Prävention betreiben dürfen - allerdings mit Selbstbeteiligung - Arbeiter und Angestellte aber erst dann eine Heilbehandlung bewilligt bekommen, wenn ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gemindert oder gefährdet ist, dann allerdings mit vollständiger Kostenbeteiligung bei 10,-- DM Selbstbeteiligung pro Tag? Hierzu nur einige Zahlen:

Das Statistische Jahrbuch 1982⁶ weist im Kurwesen Daten über Kur-Krankenhäuser und Rehabilitationsmaßnahmen aus. Danach wurden 1980 30.500 Patienten in Kur-Krankenhäusern behandelt, in Akut-Krankenhäusern dagegen 233.300. Die Bettenausnutzung liegt bei Akut-Krankenhäusern bei 83,3 %, bei Kur-Krankenhäusern bei 85 %. Beträgt im Krankenhaus die durchschnittliche Verweildauer 14,9 Tage (1980), so ist sie in der Kur-Klinik dem 4 Wochen Rhythmus entsprechend 29,9 Tage.

Betrachtet man die einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen, so ist auffallend, daß absolut gesehen die 50-60jährigen die meisten Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt haben. Hierbei muß allerdings berücksichtigt werden, daß je älter die Patienten und je chronischer die Leiden desto geringer der Kurerfolg anzusetzen ist.⁷ Im Gegensatz zu allen anderen Jahrgängen in bezug auf

Rehabilitationsmaßnahmen weisen die 50-60jährigen am meisten Angestellte auf. Bei den 40-50jährigen sind es überwiegend Facharbeiter, die Rehamaßnahmen in Anspruch genommen haben. Insgesamt gesehen haben in absoluten Zahlen vorwiegend Facharbeiter (333.397) und Angestellte (324.121) Rehamaßnahmen durchgeführt bei einer Gesamtzahl von 1.082.107 Rehamaßnahmen 1980, wovon schätzungsweise ca. 50 % Wiederholungskuren sind.⁸

Die häufigsten zugrundeliegenden Krankheiten sind Seelische Störungen (110.974) (allein hier ein Anteil von 15,8 % aller Frauen: 11,5 % Anteil aller Männer), Kreislauferkrankungen (123.377, Frauen 11,0 % : 17,2 % Männer) und Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (281.081, 38,0 % Frauen : 30,4 % Männer). Einer BfA-Statistik aus dem Jahr 1978⁹ zu Folge werden diese Krankheitsbilder bestätigt. Frauen haben hiernach überwiegend Heilbehandlungen für Erkrankungen der Bewegungsorgane und für psychisch-vegetative Leiden verordnet bekommen, statt dessen leiden Männer vorwiegend an Herz-Kreislauferkrankungen. Über diese Krankheitsbilder kann keine schichtenspezifisch unterschiedliche Krankheitsbilderstruktur in bezug auf Heilbehandlungen nachgewiesen werden.¹⁰

Im Gegensatz zu den Gesamtzahlen haben 1978 über die BfA mehr Frauen als Männer Heilbehandlungen bewilligt bekommen. (Ein Grund mag in der für Frauen typischen Angestellten-Tätigkeit liegen.)

Die von der BfA bewilligten Gesundheitsmaßnahmen sind von 1977 auf 1978 um 1,0 % gestiegen, von 1978 auf 1979 schon um 7,6 %, um im nächsten Jahr (1980) ein Plus von 10,8 % bezogen auf 1979 zu verzeichnen. 1981 beträgt die Veränderung gegenüber 1980 immerhin noch +8,9 %. 1981 wurden insgesamt 1.304.806 Heilbehandlungen wegen allgemeiner Erkrankungen durchgeführt, 1977 waren es dagegen nur 310.614. Die Kosten für Rehamaßnahmen sind von 1,34 Mio. 1977 auf 1,77 Mio. 1981 angestiegen. Pro Fall sind die Kosten von 2.100 DM 1973 auf 3.600 DM 1980 gestiegen.¹¹

Allein die sprunghafte Entwicklung in den letzten Jahren, vor allem aber der Jahre 1980 und 1981, hat ein Einhaltgeboten wohl unabwendbar gemacht. Allerdings muß trotz der Inflation von Heilbehandlungen und Kosten mitbedacht werden, daß die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen insgesamt nur 2,74 % der Gesamtausgaben der BfA (64.592.453 DM) im Jahr 1981 ausmachten. Vergleichbares gilt auch für die LVA als Kostenträger.¹² In diesem Zusammenhang weist Wannenwetsch¹³ nach, daß die Gesamtausgaben der Krankenkassen von 1950-1975 eine Kostensteigerung von + 1350 %! aufzuweisen haben. Dabei ist hervorzuheben, daß vorbeugende und betreuende Maßnahmen 1968 nur 4,5 Mrd. betrugen, die Ausgaben für Krankenhausbehandlung zum genannten Zeitpunkt um das 10fache höher lagen (41,5 Mrd.).

Allein von diesen Daten her betrachtet, scheint es etwas voreilig und auch kurzfristig zu sein, Kostendämpfung überaus stark im Kurwesen zu betreiben und zwar vorwiegend zu Lasten der Prävention. Das bislang kommentierte Zahlenmaterial hat nur Rehabilitationsmaßnahmen ausgewiesen, wobei allerdings Prävention eingeschlossen ist. Ist medizinisch zwischen Prävention, Behandlung und Rehabilitation¹⁴ bzw. zwischen Prävention, Diagnose und Therapie¹⁵ zu unterscheiden, so gehen in die Sozialstatistik nur die Hauptkurträger bzw. die medizinischen Versorgungssysteme, die neben der Kurortbehandlung, die ambulante Krankenversorgung und die stationäre Krankenbehandlung kennen, ein.¹⁶ Die Kurortbehandlung wird gemeinhin als "sinnvolle Ergänzung zu Arztpraxis und Krankenhaus" verstanden, allerdings bedeutet sinnvoll "sowohl Prävention als auch Rehabilitation."

"eine Kur ist eine systematisierte, verschiedene Therapieformen integrierende, für den Zeitraum eines "Gesundheitsbildungstrainings" verdichtete Prävention und Rehabilitation im Rahmen eines individuellen, lebenslänglichen Gesundheitsprogramms".¹⁷

"... es gilt auf falsche Lebensführung Einfluß zu gewinnen.... neben die beratende Tätigkeit des Arztes tritt die lebens-
erzieherische."¹⁸

Prävention wendet sich an "Gesunde mit Risikofaktoren" nach dem Verständnis von Schaefer und Blohmke,¹⁹ während Reha sich nur um Kranke bemüht.²⁰ Eine Kur soll nach ihrer Auffassung nicht nur klinische Kurbehandlung, sondern soll auch die Linderung und Behandlung psychosomatischer Krankheiten ("Vorsorgekur") bzw. aller funktioneller Krankheiten (Dystonien und Neurosen) miteinschließen. Hiernach ist Krankheit noch nicht konstitutiv für die Durchführung einer Heilbehandlung. Erst mit dem neuen Haushaltsstrukturgesetz wird der Krankheitsbegriff eindeutig in den Vordergrund gestellt, d.h. von der RVO festgelegt.²¹

Folgt man der Definition des 1. Direktors der LVA Westfalen, W. Riehemann, "Sinn der Kur ist u.a., den Anstoß zur Lebensänderung zu geben und eine breite Basis für ein bleibendes Interesse am Kurerfolg zu bewirken und zu verankern",²² so muß zumindest die Sinnfrage neu gestellt werden. Noch 1980 hat allerdings der Staatssekretät des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Strehlke, Kur eindeutig als Prävention verstanden, "die die Einstellung des einzelnen gegenüber seiner Gesundheit positiv verändern kann."²³ Die Kur, die gerade durch die Rentenreformgesetzgebung des Jahres 1957 Prävention einschloß und nicht nur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit als Bewilligungsgrund kannte, hat jedoch mit der neuen Gesetzgebung einen Teil ihres Selbstverständnisses gestrichen bekommen. Und damit sind auch Kurheime mit "offenen Badekuren" bzw. Kurpensionen überflüssig geworden. Nach Meinung von Lühr²⁴ weisen offene Badekuren eine oft ungenügende Kontrolle der Behandlung auf. Der Kontakt zwischen Arzt und Patient ist allzu lose.

Die Heilbehandlungen werden langfristig wahrscheinlich auf Kurkliniken bzw. Schwerpunktkliniken konzentriert. Die Sanatorien, die einen geringeren Spezialisierungsgrad besitzen und vorwiegend Maßnahmen bei "erstgefährdeter Erwerbsunfähigkeit" durchführen, werden langfristig wahrscheinlich in Legitimationsschwierigkeiten gelangen.²⁵

Läßt man primäre, d.h. eigentliche Prävention,²⁶ als Bewilligungsgrund nicht mehr zu, so scheint man die bislang vorliegende Kosten-Nutzen-Kalkulation bzw. die Effizienz von Heilbehandlung auch solcher präventiver Art zu übersehen. Wannenwetsch²⁷ weist in diesem Zusammenhang nach, daß die Kosten-Nutzen-Relation mit 1:3 anzusetzen ist. Den Kurerfolg mißt er daran, daß in der Nachkurperiode eine Zunahme der Arbeitsfähigkeit um ca. 40 % festzustellen ist, die Fehltagsquote ist nachweislich nach einem Kuraufenthalt um 60 % gesunken, Krankmeldungen sanken um das 3-5fache. Auch andere Untersuchungen haben sein Ergebnis bestätigt.²⁸ Speziell bezogen auf Prävention haben Collen und Mitarbeiter die Effizienz präventiver Maßnahmen mit 800 \$ pro Person für 1973 errechnet.²⁹ Zudem liegen Untersuchungen der Rentenversicherungsträger hinsichtlich der Kurauswirkungen vor, die einerseits Fehlzeitrückgänge, Krankheitsstadien vor und nach der Heilbehandlung und andererseits subjektive, patientenbezogene Beurteilungen des Kurerfolges, Gutacherurteile über den Heilerfolg und darüber hinaus auch psychische und soziale Faktoren der Patienten berücksichtigen. Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse mit Götz³⁰ dahingehend interpretieren, daß Arbeitsfehlzeiten und Arbeitsfehltag nach einer Kur sinken, was ja gerade auch Wannenwetsch nachgewiesen hat. Vor allem für Arbeitszeitausfallzeiten gibt es zahlreiche Belege für den Kureffekt bzw. Kurerfolg. Brusis³¹ hat schon 1961 in seiner Dissertation nachgewiesen, daß ein Rückgang der krankhaften Symptomatik von 81,7 % vor der Kur auf 23,8 % nach der Kur feststellbar ist. Einer Untersuchung

der Betriebskrankenkasse der MAN-Augsburg zufolge sanken die Gesamtkosten für Ausfallzeiten von 27.226 DM ohne Kureffekt auf 10.296 DM mit Kureffekt. Kuren sollten allerdings möglichst vor Vollendung des 50. Lebensjahres angetreten werden, die günstigste Altersgruppe ist die Gruppe der unter 45jährigen. Ein Ergebnis, das zumindest der amtlichen Statistik nach noch nicht in die bisherige Bewilligungspraxis eingegangen ist. Zudem gilt es zu erkennen:

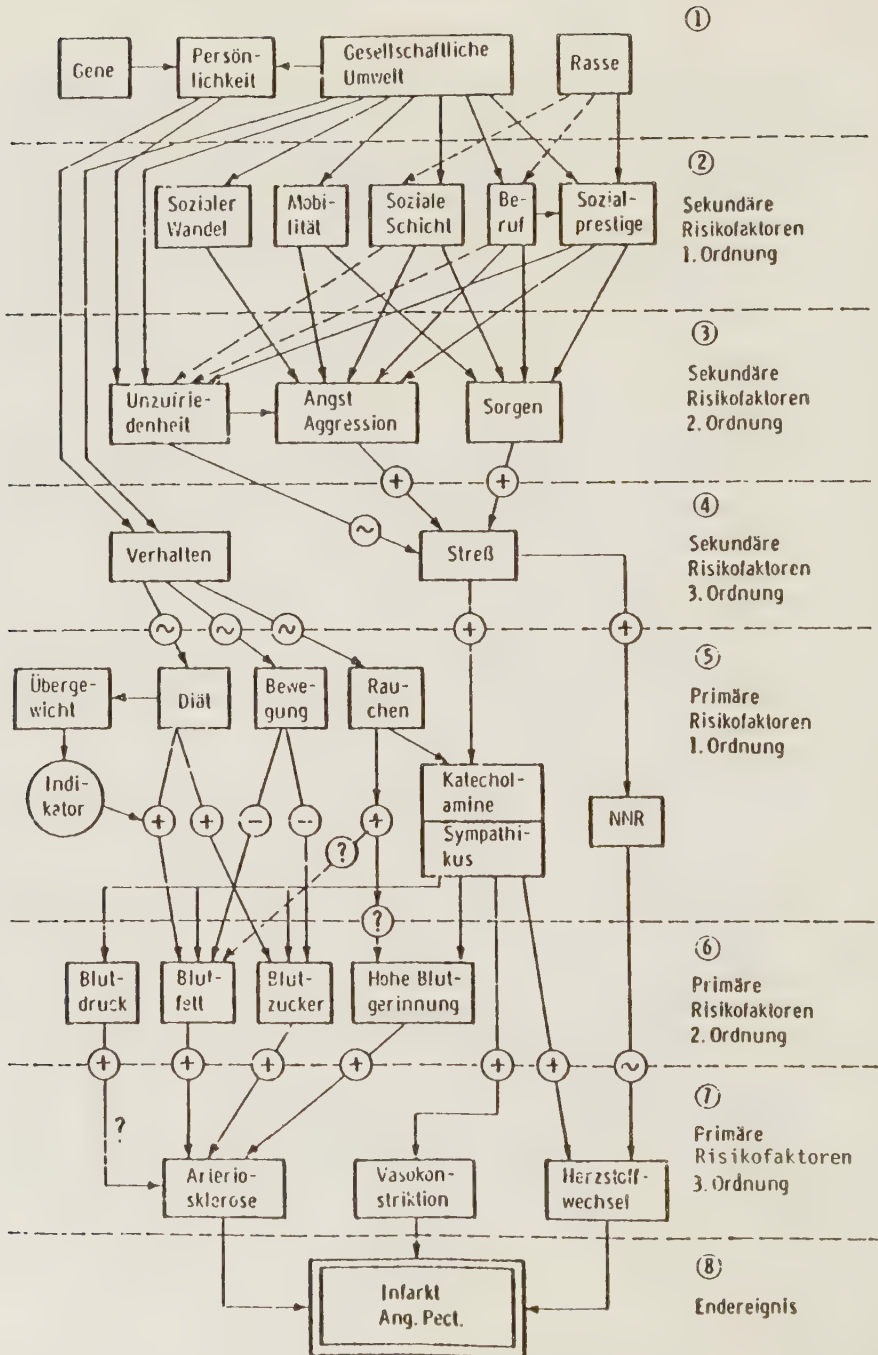
"Einmal eingetretene Erwerbs- oder Berufsunfähigkeiten sind praktisch nicht durch die Kur zu beeinflussen.... Diese Arbeiten (gemeint sind Untersuchungen über die Kurerfolgsbeurteilung, der Verfasser) weisen abgesichert den Erfolg (auch vom medizinischen her) bei leichteren (Hervorhebung durch den Verf.) Krankheitsstadien jüngerer Patienten (jünger als 45 Jahre) nach."³²

Allerdings hebt auch Götz in seiner Zusammenfassung kritisch hervor, daß eine nicht zu vernachlässigende Tendenz der Kurrenden zu eher passivem, abwartendem Gesundheitsverhalten statt eines aktiven Gesundheitsbewußtseins und -verhaltens zu konstatieren ist. Bei all diesen Effizienznachweisen darf allerdings nicht unberücksichtigt bleiben, daß vielfach gerade in den letzten Jahren "Kurismus mit Tourismus"³³ verwechselt worden ist. Zudem ist eine Heilbehandlung nur knapp 3 % aller Versicherten zugute gekommen. Doch insgesamt haben Heilbehandlungen präventiver Art bislang gute Kurerfolge aufzuweisen.³⁴ Es waren vor allem die Kurbehandlungen, die auf dem "Grenzgebiet jener oft als psychosomatisch angesprochenen Krankheiten"³⁵ therapierten. Oft war nur ein "Unbehagen als Krankheit" der Kurgrund. Aber gerade hier liegen die Risikofaktoren, die es rechtzeitig zu erkennen - hauptsächlich durch Screening-Tests möglich, verbunden mit einer breit angelegten Erziehung des Gesundheitsbewußtseins - und zu therapieren, z.B. mit einer Kurbehandlung, gilt. Hierin liegt eine wesentliche Aufgabe des Kurarztes, der über zahlreiche Kurmaßnahmen, z.B. Bewegungstherapie, Diätetik, Klimatherapie, Hydrotherapie, Balneotherapie, kombinierte Behandlung (Medikamente und Kurorttherapie) bzw. Psychotherapie die Risi-

kofaktoren zu behandeln sucht, oft bevor sie zur akuten Erkrankung geführt haben.³⁶ Die Folgekosten nicht therapierter Risikofaktoren in bezug auf den Herzinfarkt beliefen sich nach Angaben von Wolff³⁷ 1975 auf 5 % des Bruttosozialproduktes = 15 Milliarden DM. Die Folgekosten des Übergewichts belaufen sich auf ca. 6 Mrd. DM jährlich. Vor allem multiple somatische Risikofaktoren werden in neueren Untersuchungen an die Stelle der klassischen Ätiologie für die Krankheitsentstehung gesetzt. Gerade für ischämische Herzkrankheiten z.B. ist in den großen Studien von Framingham und Tecumsek erstmals ein Risikofaktorenkonzept entwickelt worden. Auch die Folgestudien in Albany, Los Angeles und Chicago rücken die Risikofaktoren in den Vordergrund: Hypercholesterinämie, erhöht bei Blutwerten über 260mg und darüber, Hypertonie bei einer Überschreitung des systolischen Blutdrucks von 160, des diastolischen von 95mmHg, Diabetes mellitus, Zigarettenrauchen, abnorme EKG-Werte und eine koronare "Familienanamnese."³⁸

Als Kritik an diesem Risikofaktorenkonzept weist Werkö³⁹ nach, daß bei dem alternden Menschen über 55 Jahren die Risikofaktoren: Blutfett, Blutzucker, Rauchen und wahrscheinlich auch Hypertonie einen geringeren Einfluß auf das Krankheitsentstehen haben als in jüngeren Jahren. "Das koronare Schicksal eines Menschen scheint sich früh zu entscheiden und später nur wenig beeinflußbar zu sein."⁴⁰ Nicht zuletzt die einsetzende Kritik am somatischen Risikofaktorenkonzept hat einen weiteren Entstehungsgrund für ischämische Herzkrankheiten in den Vordergrund treten lassen - die psychosozialen Risikofaktoren.⁴¹ Holmes und Rahe haben nachgewiesen, daß die Anzahl der Erkrankungen steigt, wie sich das emotionale Gleichgewicht eines Menschen, z.B. durch Trennung, Tod, Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitsunzufriedenheit verändert.⁴² Von daher kann man eine Hierarchie der Risikofaktoren für ischämische Herzkrankheiten wie folgt herleiten:

Abb. 1 Hierarchie der Risikofaktoren nach 43



Die Forderung von Schaefer, das Kurwesen zur "Erziehungsanstalt der Nation"⁴⁴ werden zu lassen, scheint überzogen und vor allem von der Solidargemeinschaft kaum zu bezahlen, ebenso darf eine Kur nicht primär als Chance verstanden werden, "die Freizeitmündigkeit des Menschen zu verbessern"⁴⁵. Ob man aber gleich generell von einer Ineffizienz von Präventivmaßnahmen - wie Tobiasch⁴⁶ ausführt - sprechen kann, muß wohl auch in Frage gestellt werden.

"Es läßt sich heute niemand mehr erziehen Wenn man einen Raucherentwöhnungsfilm vorführt, so kommen die Nichtraucher, um ihn anzusehen, und zu den Filmen über die Risiken der Fettsucht erscheinen nur die Dünnen."⁴⁷

Etwas merkwürdig mutet allerdings die Aussage von Kulpe⁴⁸ an, daß bislang der Kurerfolg dem Kostenträger nicht unbedingt wichtig erschien, denn anders kann ein Fehlen des Entlassungsberichtes in 50-80 % (!) der Fälle nach Kurende nicht gedeutet werden. Darüber hinaus enthalten nach seinen Ausführungen 14 % der ausgefertigten Abschlußberichte keine ärztlichen Angaben. Auf diesem Hintergrund scheint die Forderung nach "Objektivierbarkeit von Kurerfolgen", wie sie auf dem Symposium "Über die Objektivierung von Kurerfolgen", Isny-Neutrauchburg 24.-26. Juni 1982 erhoben wurde, verständlich. Allerdings sollte demnächst auch schon bei der Eingangsdiagnose sichergestellt sein, daß Kurgäste zukünftig nicht mehr Leute sind, "denen es gelungen ist, ... die bewilligenden Ärzte von der Notwendigkeit ihrer Verschickung in eine Kur zu überzeugen."⁴⁹

Kur sollte nicht mehr zusätzlicher bezahlter Urlaub sein. Bewilligungsgrundlage sollte trotz allem jedoch auch weiterhin eine "verwaschene Syndrom-Definition wie vegetative Dystonie"⁵⁰ sein allerdings bei Abwägung auch anderer Möglichkeiten. So kann z.B. ein Arbeitsplatzwechsel manchmal geratener sein als eine Kurortbehandlung. Trotz des "unspezifisch wirkenden Allgemeintherapeu-

tikums" (FITEC) Kurortbehandlung, das notwendig ist für unspezifische Krankheitsbedingungen, müssen der Kurerfolg kontrolliert werden und insbesondere kurgemäßes Verhalten verstärkt gefordert werden und Zuwiderhandlung mit Sanktionen belegt werden, um damit einer der drei großen Aufgaben der Medizin, das Krankheitsgeschehen möglichst gering zu halten, zu entsprechen.⁵¹ Kuren waren nicht selten willkommene Werbefaktoren der Krankenkassen. Bei der bisherigen Bewilligungsgrundlage mußte fast jedem Kurwunsch entsprochen werden.⁵² Von daher wurden aber häufig soziale Probleme in medizinische umbenannt. Eine Kurortbehandlung sollte zukünftig deshalb weder Urlaub noch Krankenhausaufenthalt sein, sondern eine Heilbehandlung besonderer Art.⁵³ Und hierbei mußte mitbedacht werden, daß präventive Maßnahmen dann sinnvoll erscheinen, wenn man von seiten der Versicherten ein gewisses "Opfer" (Halhuber)⁵⁴ verlangt, wenn man sie zu aktiven Patienten, statt bisher zu z.T. rein konsumierenden Patienten, erzieht. Dieses Opfer kann darin bestehen, daß die Kurtage als Urlaubstage angerechnet werden oder aber, daß, wie es ansatzweise schon festgeschrieben ist, eine Selbstbeteiligung der Patienten an ihren Heilbehandlungen verlangt wird. Schon Tobiasch hat auf diese positive Motivation bei aller Kritik am Kurwesen hingewiesen. Seiner Meinung nach verhalten sich Selbstzahler vernünftiger und kooperativer als Kur-"Gäste". Wenn nicht der "Leidensdruck" Grund für die Heilbehandlung ist, muß zur Sicherstellung des Kurerfolges ein "Opfer" abverlangt werden.⁵⁵

Diese Überzeugungen von Halhuber, Tobiasch u.a. ist in einer Untersuchung von Wesiack⁵⁶ ansatzweise wissenschaftlich bestätigt worden. Er hat in seiner internistisch-psychosomatischen Praxis 680 Patienten langjährig beobachtet- in Hinblick auf den Krankheitsverlauf von Kassen- und Privatpatienten. Seine 680 Patienten teilen sich in 326 Privatpatienten und 354 Kassenpatienten.

Bei Privatpatienten konstatierte er mehr psychosomatische, bei Kassenpatienten mehr psychische Erkrankungen. Im Vergleich konnte er bei privatversicherten Patienten mehr positive Krankheitsverläufe feststellen als bei sozialversicherten Patienten.

(8,9 % positive Verläufe bei Privatpatienten : 1,5 % bei Kassenpatienten). Privatpatienten haben demnach eine 6mal größere Chance der Besserung als Kassenpatienten. Er führt dieses Ergebnis auf die "aktive Mitarbeit der Privaten" zurück, bei Kassenpatienten liegt eher "unbewußt eine regressive Grundhaltung" vor.

"(Es) muß aber auch an die Möglichkeit gedacht werden, daß viele Privatpatienten durch einen höheren Bildungsstand krankheitsbewußter sind."⁵⁷

Sind analog zu diesen Befunden Kuren in Privatsanatorien evtl. erfolgreicher als in BfA- oder LVA-Sanatorien oder Kur-Kliniken? Ist der Versicherungsmodus Ausdruck eines schichtenspezifischen Krankheits- bzw. Gesundheitsbewußtseins? Werden in "Vorsorgekuren" je nach Kostenträger unterschiedliche Eingangsdiagnosen therapiert? Sind die Kurmaßnahmen auch unterschiedlich?

Um diese Fragen näherungsweise zu beantworten, sollten in einem kleinen Projekt Heilbehandlungen präventiver Art etwas genauer analysiert werden, unterschieden hinsichtlich der Kurträger (BfA versus Beihilfe bzw. Selbstzahler). Mit einem Fragebogen sollten Fragen geklärt werden, ob es in den untersuchten Häusern unterschiedliche, schichtenspezifische Kurgastpopulationen gibt, ob, daraus folgernd, ein schichtenspezifisches Gesundheitsbewußtsein erkennbar ist, ob die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit im Rahmen der Gesundheitserziehung unterschiedlich ist.

In dieser hier vorliegenden Arbeit soll insbesondere der Frage nachgegangen werden, ob es Unterschiede in den Eingangsdiagnosen bzw. Kurgründen gibt und, darauf aufbauend, ob in einem Privatsanatorium andere Therapiekonzepte angewandt werden als in einer

hochmodernen BfA-Klinik und als Folge dessen, ob evtl. Unterschiede in bezug auf den Kurverlauf bzw. -effekt, den Kurerfolg festgestellt werden können. Die Einschränkungen auf präventive Heilbehandlungen ist vor allem unter Zugrundelegung der aktuellen Diskussion nach dem 2. Haushaltsstrukturgesetz erfolgt und unter Zugrundelegung des Risikofaktorenkonzeptes, wobei allerdings nur primäre Risikofaktoren 1. Ordnung, z.T. auch 2. Ordnung (Blutdruck) direkt erfaßt werden sollen. Sekundäre Risikofaktoren ergeben sich evtl. aus den Eingangsdagnosen bzw. verordneten Therapiemaßnahmen.

In einer Paralleluntersuchung versucht H.A. Meyer,⁵⁸ insbesondere auf den Faktor Gesundheitserziehung bzw. das Arzt-Patienten-Verhältnis (compliance) unter Zugrundelegung des Risikofaktorenkonzeptes und der Grundfestlegung auf Primärprävention abzustellen.

Anmerkungen (Kapitel I. Einleitung und Fragestellung)

- 1 § 1236 RVO, Stand April 1983
- 2 vgl. BfA Sondermerkblatt 1982, Neuregelung in der Rentenversicherung, a.a.O.
- 3 vgl. hierzu auch BfA Geschäftsbericht, 1981, Kurzfassung, a.a.O.
- 4 Wannenwetsch, E., Sparen bei der Kur?, Die Bonner Spargesetze vom 01.01.1982, a.a.O., S. 369
- 5 vgl. Hoffmann, K., Rehabilitation weitaus rückläufiger als erwartet, a.a.O., Ein erster Beweis ist in der steigenden Zahl privater Kuren zu erblicken, wie jüngst der Bädertag in Cuxhaven feststellte, vgl. Reisemagazin vom 15. Okt. 1983
- 6 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch 1982 für die Bundesrepublik Deutschland, a.a.O., S. 389 u. S. 406, Zur wirtschaftlichen Bedeutung von Kuren vgl. auch Koch, A., Die wirtschaftliche Bedeutung der Heilbäder in der Bundesrepublik Deutschland, a.a.O.
- 7 Zur Kritik am bestehenden Kurwesen vgl. Idris, E., Auf dem Kurwesen lastet der Streß der Kostendämpfung, Kurpatienten-Kurgäste-Kururlaub, a.a.O., hierzu insbesondere die Ausführungen von Kulpe
- 8 ebda.
- 9 vgl. BfA Geschäftsbericht 1978, Kurzfassung, a.a.O.
- 10 vgl. im Gegensatz hierzu Marmot, M.G. u.a., Wechsel in der Sozialschichtverteilung von Herzkrankheiten, übersetzt aus: British Medical Journal, 1978, 2, a.a.O.
- 11 Idris, E., a.a.O., S. 3858
- 12 Die Daten sind entnommen aus:
BfA Geschäftsbericht 1978, a.a.O.; und Riehemann, W., Sozialpolitische Aspekte der Heilverfahren der Rentenversicherungsträger, a.a.O.
- 13 vgl. Wannenwetsch, E., Die Rolle des Bäderwesens im Rahmen der wirtschaftlichen Gestaltung des Gesundheitswesens, a.a.O.
- 14 vgl. hierzu Schaefer, H. und Blohmke, M., Sozialmedizin, a.a.O.
- 15 vgl. Viefhues, H., Der medizinische Krankheitsbegriff, a.a.O.
- 16 Riehemann, W., a.a.O., S. 255

- 17 Halhuber, M., Was soll das sein: eine Kur? a.a.O., S. 86
- 18 Haeberlin, Der Kurarzt als Erzieher, 1934!, zitiert in:
Lühr, K., Kurortbehandlung der Herz-Kreislauf-Krankheiten,
a.a.O., S. 4
- 19 vgl. Schaefer/Blohmke, a.a.O.
- 20 vgl. hierzu ausführlich, Paul, H.A. Rehabilitation, in:
Viefhues, H., Lehrbuch der Sozialmedizin, a.a.O.
- 22 Riehemann, W., Das Heilbad im Wandel, a.a.O., S. 161
- 23 vgl. Strehlke, Die zentrale Stellung der Kur innerhalb
unserer Rehabilitationsbemühungen ist sozialpolitisch un-
bestritten, a.a.O.
- 24 vgl. Lühr, K., a.a.O.
- 25 zur Einteilung s. Schaefer/Blohmke, a.a.O., S. 380-381
- 26 zum Begriff Prävention vgl. insbesondere:
Laaser, U., Prävention: Gesunderhaltung und Krankheitsver-
hütung, in: Viefhues, H., Lehrbuch, a.a.O.
- 27 vgl. Wannenwetsch, E., Kuren sind im Gesundheitswesen un-
ersetzbar und gewinnbringend für die gesamte Volkswirt-
schaft, a.a.O.
- 28 ders., Die Kur aus wirtschaftlicher, medizinischer und so-
zialmedizinischer Sicht, a.a.O., und ders., Der Kurerfolg im
Spiegel der Zahlen, a.a.O.
- 29 zitiert bei Schaefer/Blohmke, a.a.O.
- 30 vgl. Götz, H., Methoden der Kurerfolgsmessung, a.a.O.
- 31 vgl. Brusis, O., Über die Indikation von Frühheilverfahren
mit Terrainkuren bei Sozialversicherten mit Kreislaufschäden
und über die Prüfung des Kurerfolges, a.a.O.
- 32 Götz, H., a.a.O., S. 78
- 33 vgl. hierzu insbesondere Kleinschmidt, Th., Das Kurwesen
aus der Erfahrung der Arbeits- und Sozialmedizin, a.a.O.
- 34 vor allem, wenn sie sich veränderten Bedingungen anpassen
lernt. vgl. hierzu Schaefer, H., Die Gesundheit liegt an uns
selbst, a.a.O.
- 35 vgl. Schaefer/Blohmke, a.a.O.
- 36 sehr ausführlich hierzu Lühr, K., a.a.O.

- 37 Wolff, G., Kampf gegen die Pest unserer Zeit, a.a.O., S. 378
- 38 vgl. Heyden, S., Ergebnisse und Konsequenzen der Post-Framingham-Studien, a.a.O.
- 39 Werkö, L., Risikofactors and coronary heart disease, zitiert bei: Schaefer/Blohmke, a.a.O., S. 189
- 40 ebda.
- 41 Das lange Zeit gültige Risikofaktorenkonzept wurde auf dem letzten Symposium der Europäischen Organisation für den Kampf gegen Kreislaufkrankheiten (EOCCD) in Frage gestellt. Danach sind insbesondere Ärger und Angst die Auslöser für Kreislaufkrankheiten, vgl. die Tagespresse
- 42 hierauf weisen vor allem hin: Kersken-Nülens, U., Nülens, H.-G., Belastende soziale Situation und Sozialanamnese, in: Viefhues, H., Lehrbuch, a.a.O.
- 43 Schaefer/Blohmke, a.a.O., S. 195
- 44 vgl. Schaefer, H., Die Gesundheit liegt an uns, a.a.O.
- 45 vgl. Kleinert, E., Der moderne Kurort und die Sozialversicherung, a.a.O.
- 46 vgl. Idris, E., a.a.O.
- 47 ebda., S. 3855
- 48 ebda.
- 49 ebda., S. 3851, hierzu auch: Blohmke, M. u.a., Auswahl des Kurgastes nach strengeren Maßstäben, a.a.O.
- 50 Idris, E., a.a.O., S. 3851
- 51 vgl. Siegrist, J., Lehrbuch der medizinischen Soziologie, a.a.O.
- 52 vgl. Kleinschmidt, Th., a.a.O.
- 53 vgl. Riehemann, W., Das Heilbad im Wandel, a.a.O.
- 54 vgl. Halhuber, M., Wer soll zur Kur?, a.a.O.
- 55 vgl. hierzu auch Tobiasch in: Idris, E., a.a.O.
- 56 vgl. Wesiack, W., Vergleichsuntersuchung über Krankheitsverläufe bei privat- und sozialversicherten Patienten, a.a.O.
- 57 ebda., S. 614
- 58 vgl. Meyer, H.M., Die Compliance von Kurpatienten als Faktor für den präventivmedizinischen Erfolg einer Kur, a.a.O.

II. Methodik

Zur Überprüfung der dargelegten Hypothesen wurde eine Fragebogenuntersuchung in zwei Kurkliniken durchgeführt. Klinik 1 war ein Privatsanatorium, Klinik 2 eine Vertragsklinik der BfA. In einer Parallelbefragung von Kurarzt und Kurpatient sollten sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzung der Kur bzw. des Kurverlaufs gemessen werden. Erfragt werden sollten in erster Linie:

1. Risikofaktoren bzw. Kurgründe
2. Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsbewußtsein
3. Verordnete Kurmaßnahmen bzw. Beurteilung der Kurmaßnahmen
4. Objektive (soweit möglich) bzw. subjektive Kurerfolgsbeurteilung.

Die Erhebung der Daten erfolgte unter Zugrundelegung wesentlicher Punkte epidemiologischer Studien.

1. Pretest

Zur Überprüfung und Testung des Fragebogens wurde der Fragebogen fünf Versuchspersonen im Abstand von drei Wochen zweimal vorgelegt. Es handelte sich dabei um Personen, die kurze Zeit vorher aus einer Kur zurückgekehrt waren. Um einen möglichst klaren, gut verständlichen und somit eindeutig zu beantwortenden Fragebogen zu konzipieren, wurden zudem die Leiter der beiden Kurkliniken vorab über ihre Kurmaßnahmen, die typische Patientenpopulation, bisherige Erfahrungen etc. und den Fragebogaufbau interviewt. Der Fragebogen konnte nach wenigen Änderungen für die Untersuchung benutzt werden.

2. Durchführung der Befragung

Jeweils 50 Arztfragebögen und 50 Patientenfragebögen wurden den beiden Kliniken zugesandt. Die Untersuchung sollte von den behandelnden Ärzten durchgeführt werden. Der Arzt hat dem Patienten den Patientenfragebogen ausgehändigt. Die Abschätzung eines zu erwar-

tenden drop-outs wurde somit schon von seiten der behandelnden Ärzte vorgenommen. Die Patienten wurden zudem über den Sinn der Befragung in einem Begleitschreiben informiert. Der Arztfragebogen konnte über die karteimäßige Erfassung der Patienten zum größten Teil beantwortet werden. Sowohl der Arzt als auch der Patient haben ihren Fragebogen selbst ausgefüllt. Es wurden zwei Fragebögen (Arzt und Patient) für einen Patienten parallel numeriert, um die Anonymität des Patienten zu wahren. Um seine Antworten auch zusätzlich vor dem Arzt geheim zu halten, der über seinen parallel numerierten Arztfragebogen den Namen des Patienten hätte erfahren können, konnte der Patientenfragebogen in einem vorab adressierten und frankierten Umschlag direkt an das Institut geschickt oder bei Kurende dem Arzt verschlossen übergeben werden. Die Zuordnung Arzt-Patientenfragebogen hat der Autor vorgenommen. Insgesamt konnten 64 Patientenfragebögen und 64 dazu parallel laufende Arztfragebögen als je 1 Fragebogen zusammengefaßt ausgewertet werden. Alle 64 Fragebögen konnten vollständig in die Untersuchung einbezogen werden.

Die Vollständigkeit der Antworten kann wohl auf das überaus große Interesse der Ärzte zurückgeführt werden. Da die Patienten in einem Gespräch mit dem Arzt und zusätzlich durch den Begleitbrief informiert wurden, konnten sie schon bei Übergabe des Fragebogens ihre Mitarbeit bekunden oder generell ablehnen. Die erhobenen Daten stammen insgesamt von Patienten, an denen Gesundheitsvorsorge, d.h. Primärprävention, betrieben wurde. Um vergleichbare Daten zu erhalten, wurden die Untersuchungspersonen zufällig vom behandelnden Arzt aus einer Patientengruppe ausgewählt, die folgende Bedingungen erfüllte:

Die Krankheitsbilder sollten nicht akut sein, sondern im Bereich gesundheitlicher Schäden und funktioneller Regulationsstörungen liegen, die infolge unrichtiger Lebensführung, Bewegungsmangels oder beruflicher bzw. familiärer Überlastung entstanden waren.

Die Fragebogenuntersuchung lief in beiden Kliniken über jeweils vier Wochen. Der Pretest mit den Einzelinterviews und die Frage-

bogenuntersuchung dauerte von September 1981 bis Juni 1982.

3. Aufbau des Fragebogens

3.1. Im Patientenfragebogen wurden unter I. Persönlichkeitsmerkmale (Geschlecht, Alter, Familienstand) erfaßt, zudem aber auch über Berufs- und Schulabschluß der Versuch unternommen, die befragten Kurgäste annähernd schichtenspezifisch einzuordnen. In einem zweiten Schritt (II) wurde die Motivation des Kurgastes zur Kur erforscht und zwar in Hinblick auf das Kurverhalten des Kurgastes als Kurwiederholer bzw. als Erst-Kurgast. Die subjektive Motivation zur Kur sollte über eine Spontannennung bei vorgegebenen Beispielen erfaßt werden (Frage 9), die dann in Frage 10 anhand fester Alternativen nochmals überprüft wurde. Die Frage nach dem Grad der körperlichen Aktivität (Frage 11) war vor allem in bezug auf seine Erkennung als Risikofaktor von Belang, aber auch im Vergleich zur Einschätzung durch den Arzt interessant. In einem Verlaufsbogen (III), der über eine normale Kurdauer von vier Wochen angelegt war, sollten in einer wöchentlichen Datenerfassung die Einstellung des Kurgastes zu den Kurmaßnahmen (Frage 12 und 14) und - indirekt über die freiwilligen Aktionen - die innere Einstellung zur Kur (Frage 13) erfragt werden. Die Fragen 15, 16 und sofern beantwortet, auch 17 dienten der Erfassung des "Krankheitsbildes" während des Kuraufenthaltes und standen somit in engem Zusammenhang zur Frage 18 und 19 des Arztfragebogens.

Am Kurende wurde über die Fragen IV. 18 und 19 versucht, den subjektiven Kurerfolg zu erfragen. Auch bei dieser Frage war die objektivere Einschätzung des Arztes (Frage IV. 23 Arztfragebogen) in direkter Beziehung zu sehen. Insbesondere Frage 20 war von großer Bedeutung für die Erhebung des im Kurverlauf evtl. veränderten Gesundheitsbewußtseins, das dann im Vergleich zwischen BfA- und Privatsanatorium gesondert betrachtet werden mußte. Die Frage IV. 24 des Arztfragebogens versuchte, dieser Kurgast Antwort einen objektiveren Rahmen zu geben.

3.2. Im Arztfragebogen sollten in erster Linie Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfaßt werden (II.4-14); Erkrankungen mit

der höchsten Mortalitätsrate. Die Auswahl der Risikofaktoren nach ihrer Bedeutung für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Grenzen für pathologische Werte orientierte sich an epidemiologischen Studien in Evans-County und Framingham. Parallel zum Fragebogen-Kurgast wurde in einem 4-wöchigen Verlaufsfragebogen versucht, den Kurerfolg bzw.-effekt aus ärztlicher Sicht zu messen. So wurden in Frage III. 15-17 Risikofaktoren, die schon bei der Anamnese bzw. Eingangsuntersuchung aufgenommen worden waren, in wöchentlicher Datenerfassung verfolgt. Der Serumcholesterinspiegel wurde nur am Anfang und am Ende der Kur bestimmt. Das Gewichtsverhalten im Kurverlauf wurde - ausgehend von einer Trennung in drei Teilkollektive von untergewichtigen (≤ 5 % unter BROCA), normalgewichtigen (± 5 % BROCA) und übergewichtigen Kurpatienten (> 5 % über BROCA) - als wöchentliche Gewichtszunahme bzw. Gewichtsabnahme von mehr als 500 g ausgewiesen. Die Frage 20 mußte im Vergleich BfA-Privatsanatorium und in Hinblick auf das "Krankheitsbild" des Kurgastes untersucht werden. Die Auskunft des Arztes darüber, ob ein Patient sich kurgemäß verhalten hat oder nicht (III. 21), kontrollierte die Antworten des Kurgastes auf die Fragen III. 12 bzw. 14.

4. Auswertung

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte über SPSS 80. Die Fragen, die ohne Antwortvorgaben gestellt waren, wurden nachträglich vom Autor kategorisiert und kodiert. Die Untersuchung spiegelt nur zwei Fallbeispiele wider, ohne einen Anspruch auf Repräsentativität zu erheben.

III. ERGEBNISSE

1. Kurkliniken im Vergleich

1.1. Soziographische Daten

Von den 64 untersuchten Kurpatienten sind 26 männlichen und 38 weiblichen Geschlechts.

Bei der Altersstruktur zeigt sich, daß in Klinik 1 der überwiegende Anteil der Patienten über 50 Jahre alt ist, wo hingegen in Klinik 2 die meisten Patienten unter 50 Jahre alt sind. Hinsichtlich des Familienstandes zeigt sich eine Besonderheit, indem sich in Klinik 2 6 (ca. 20%) geschiedene Patienten befinden im Vergleich zu keinem in Klinik 1. Während in Klinik 1 4 verwitwete Patienten einem in Klinik 1 gegenüberstehen, was sich beides auf die unterschiedliche Altersstruktur zurückführen läßt. In Schul- und Berufsabschluß zeigen sich dahingehend zwischen den Kliniken große Unterschiede, daß in Klinik 1 sämtliche Patienten Mittlere Reife bzw. Abitur besitzen, während in Klinik 2 47% der Patienten einen Hauptschulabschluß (14 Patienten) bzw. keinen Schulabschluß haben (1 Patient). Ein vergleichbares Bild ergibt sich beim Berufsabschluß. In Klinik 1 liegt der Anteil der Akademiker bei 56%, in Klinik 2 nur bei 3%. Hier ist dagegen der Hauptanteil der Patienten mit abgeschlossener Lehre und evtl. zusätzlicher Qualifikation (87,5%) zu finden.

Abb. 2 Geschlecht

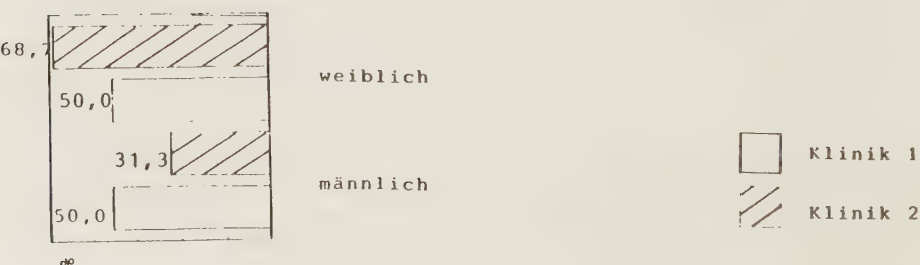
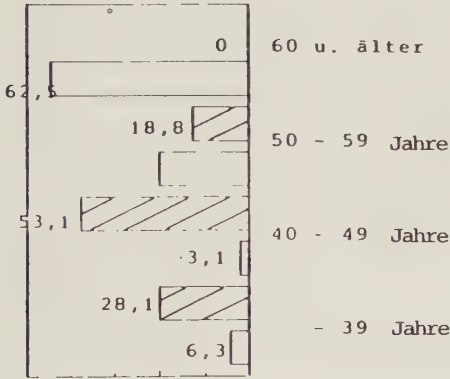
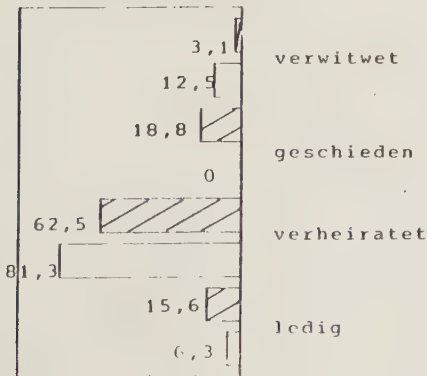


Abb. 3 Lebensalter



dp

Abb. 4 Familienstand



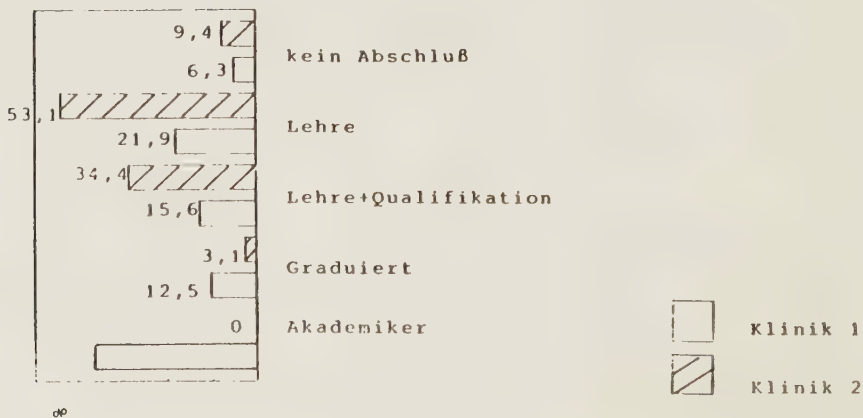
dp

 Klinik 1
 Klinik 2

Abb. 5 Schulabschluß



Abb. 6 Berufsabschluß



1.2. Kurpatientenbild bei Aufnahme

Interessante Unterschiede ergeben sich bei der Frage nach der Kurhäufigkeit. So sind in Klinik 1 überwiegend Kurwiederholer mit mehr als drei bisherigen Kuraufenthalten (66%) zu finden. Im Gegensatz hierzu ist der Hauptanteil in Klinik 2 zum ersten bzw. zweiten Mal in der Kur (87%). Die Antworten der Patienten zu der freigestellten Frage nach dem Grund der Kur lassen sich insgesamt auf 8 Kategorien verteilen. Auffällig ist, daß in Klinik 2 22 Patienten (69%) als Kurgrund psychische Erschöpfung angeben, aber niemand hier Gesundheitsvorsorge bzw. Prävention und Erholung nennt. Letztere Gründe werden hingegen in Klinik 1 insgesamt 10 x angegeben. Die Rangliste der Kurgründe wird in beiden Kliniken mit (33 Nennungen) "psychische Erschöpfung" angeführt, gefolgt von "physischer Erschöpfung" (30 Nennungen) und "durchgemachter Erkrankungen" (25 Nennungen). Annähernd vergleichbare Ergebnisse werden nach dem Befinden bei Kurantritt erwartet. Erstaunlicherweise geben 73% = 47 Patienten gleichverteilt in beiden Kliniken ihr Befinden mit "erholungsbedürftig" an. Auffällig ist weiterhin die Parallelität zwischen den Kliniken hinsichtlich der einzelnen Nennungen. So fühlen sich z.B. kaum Patienten "krank" und der Großteil der Patienten "abgespannt". Einziges Mißverhältnis zwischen den beiden Patientengruppen findet sich bei der Nennung "gestreßt". In Klinik 1 fühlen sich nur 22% gestreßt, wo hingegen sich dieser Anteil in Klinik 2 auf 44% verdoppelt.

Abb. 7 Bisherige Kuraufenthalte

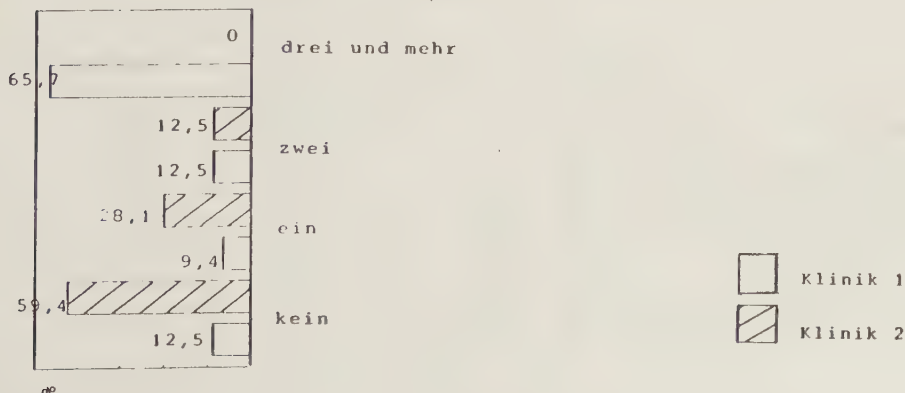


Tabelle 1 Kurgrund nach Angabe des Patienten (MN)

	I	gesamt		I I	Klinik 1	I	Klinik 2		
	I	n	%	I I	n	%	I	n	%
	I			I I			I		
phys. Erschöpfung	I	30	46,9	I I	17	53,1	I	13	40,6
psych. Erschöpfung	I	33	51,6	I I	11	34,4	I	22	68,8
Probleme im Beruf	I	7	10,9	I I	2	6,3	I	5	15,6
Probleme in Familie	I	6	9,4	I I	2	6,3	I	4	12,5
durchg. Erkrankung	I	25	39,0	I I	14	43,8	I	11	34,4
Prävention	I	6	9,4	I I	6	18,8	I	0	0
Erholung	I	2	3,1	I I	2	6,3	I	0	0
Präv. + Erholung	I	2	3,1	I I	2	6,3	I	0	0

Chi²=9,423; df=7; p=0,224

Tabelle 2 Befinden bei Kurantritt nach Angabe des Patienten (MN)

	I	gesamt	I I	Klinik 1	I	Klinik 2	I		
	I	n	%	I I	n	%	I		
	I			I I			I		
müde	I	23	35,9	I I	9	28,1	I	14	43,8
krank	I	3	4,7	I I	2	6,3	I	1	3,1
abgespannt	I	50	78,1	I I	22	68,8	I	28	87,5
n. weiter belastbar	I	9	14,1	I I	4	12,5	I	5	15,6
in Leistungsf. eing.	I	28	43,8	I I	15	46,9	I	13	40,6
erholungsbedürftig	I	47	73,4	I I	24	75,0	I	23	71,9
gestreßt	I	21	32,8	I I	7	21,9	I	14	43,8
mit s. zufrieden	I	7	10,9	I I	3	9,4	I	4	12,5
mit s. unzufrieden	I	15	23,4	I I	7	21,9	I	8	25,0
anders	I	1	1,6	I I	0	0	I	1	3,1

Chi²=4,404; df=9; p=0,883

Die Beurteilung der körperlichen Aktivität von seiten des Patienten und von seiten des Arztes weist gravierende Unterschiede auf. In der Selbsteinschätzung des Patienten sind nur 20% weder im Beruf noch in der Freizeit aktiv, während in der objektiveren Fremdeinschätzung durch den Arzt 45% in diese Gruppe fallen. Außerdem zeigt sich hier eine gleichmäßigere Verteilung zwischen Kliniken.

Bei der Beurteilung der Rauchgewohnheiten durch den Arzt ergibt sich eine außerordentlich hohe Zahl von Nichtrauchern in beiden Kliniken - insgesamt 73%; in Klinik 1 84% und in Klinik 2 62%. Auch beim Gewicht zeigt sich überraschend, daß 45% normalgewichtig, 30% unter- und nur 25% übergewichtig sind. Die verhältnismäßig hohe Anzahl von Untergewichtigen in Klinik 2 (38%) läßt sich durch den höheren Anteil an weiblichen Kurpatienten erklären. 12,5% der Patienten befinden sich zu Kurbeginn in einem schlechten allgemeinen Körperzustand.

Abb. 8 Körperliche Aktivität in der Selbsteinschätzung des Patienten

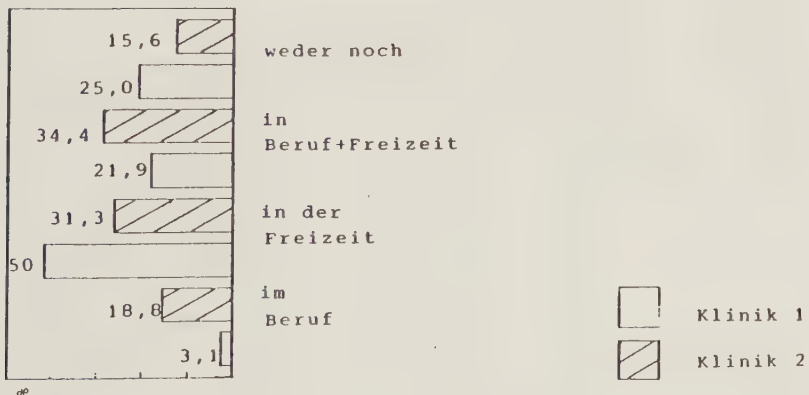


Abb. 9 Körperliche Aktivität in der Fremdeinschätzung durch den Arzt

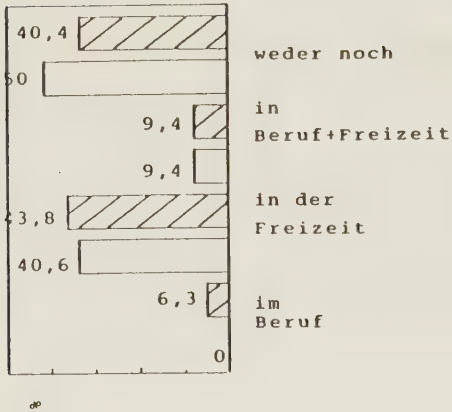


Abb. 10 Rauchgewohnheiten

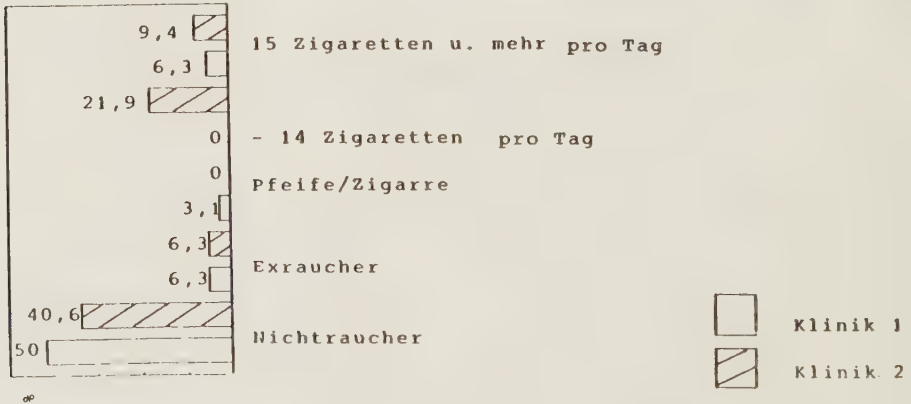


Abb. 11 Ernährungszustand nach dem Körpergewicht und nach der Konstitution

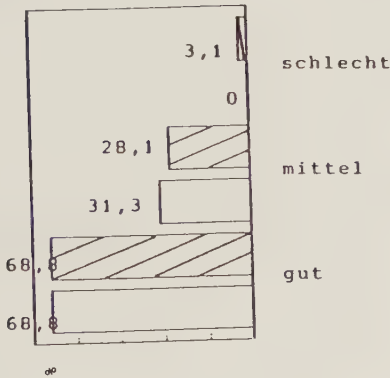


Abb. 12 Körpergewicht nach Broca

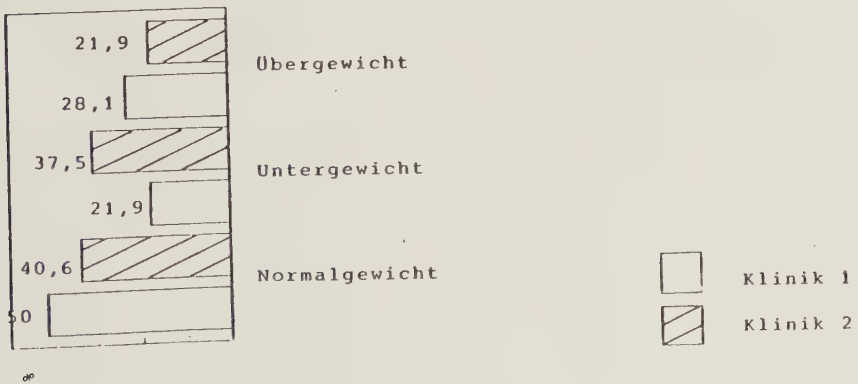
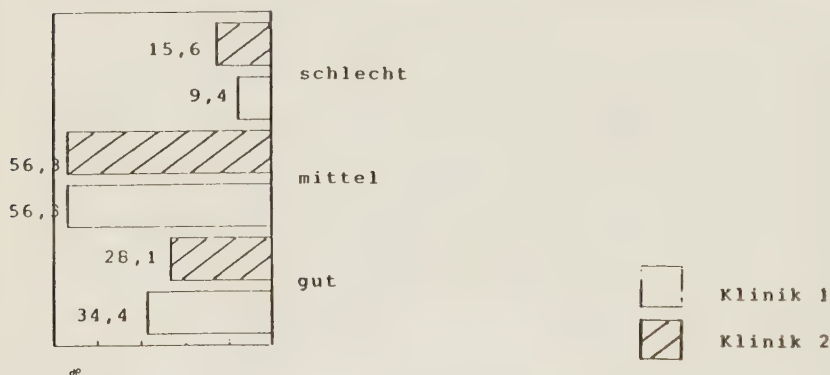


Abb. 13 Allgemeiner Körperzustand in der Beurteilung durch den Arzt



Beim psychischen Eindruck zeigt sich, daß nicht nur eine hohe Zahl von Patienten (22%) als depressiv eingestuft werden, sondern auch ein Unterschied innerhalb der Kliniken (Klinik 1 9% / Klinik 2 34%) besteht. Im Kurverlauf nimmt diese Zahl kontinuierlich ab bis auf insgesamt 6% (4 Patienten), die sich ausschließlich in Klinik 2 befinden. 16% der Patienten werden zu Kurbeginn als antriebsgesteigert eingeschätzt - in Klinik 1 25% und in Klinik 2 6%. Auch hier ist die Zahl im Verlauf der Kur rückläufig bis auf je 3% in den Kliniken. Entsprechend zu dem geschilderten Verlauf steigt die Zahl der als "unauffällig" Bezeichneten von 29 (45%) auf 51 (80%) an. Der auffällige Unterschied in der als "geordnet" bezeichneten Zahl von Kurpatienten zwischen den Kliniken stellt sich auf Befragen der behandelnden Ärzte als unterschiedliche Begriffsdefinition heraus und kann somit nicht bewertet werden. Interessanterweise variiert die Zuwendung zum Arzt im Kurverlauf. Fast alle Patienten weisen eine Zuwendung zum Arzt auf, in der letzten Woche des Kuraufenthaltes sogar zu 100%.

1.3. Kureffekte in Selbst- und Fremdeinschätzung

1.3.1. Meßbare Kureffekte (Blutdruck - Serumcholesterinspiegel - Gewichtsveränderung)

Bei Patienten mit pathologischen Blutdruck- bzw. Cholesterinausgangswerten zeigen sich in beiden Kliniken deutliche Verbesserungen dieser Parameter im Kurverlauf. So geht der %satz von Patienten mit sicher hypertonem Kreislaufleiden von 11% auf 3% zurück. Noch deutlicher ist der Rückgang in der Gruppe der Patienten mit Grenzwerthypertonie, der von 35% auf 11% fällt. Die sicher pathologischen Serumcholesterinspiegel fallen von 30 % auf 14%. Bei diesen Werten zeigt sich in der Anamnese noch zusätzlich ein deutlicher zahlenmäßiger Unterschied zwischen Klinik 1 und Klinik 2. . Ob die größere Zahl von Hypercholesterinanämie in Klinik 1 auf die zu Klinik 2 unterschiedliche Alters- und Sozialstruktur zurückzuführen ist, kann mittels des Fragebogens nicht beantwortet werden. Auch bei der Gewichtsveränderung weisen die Daten im Kurverlauf eine Tendenz zum Normalwert auf.

Auffallend ist die absolut hohe Zahl der Gewichtsveränderungen in der zweiten Kurwoche, deutlich ablesbar an dem starken Abfall der Zahl der Kurgäste mit konstantem Körpergewicht. Die Auswertung der einzelnen Fragebögen zeigt, daß in erster Linie Untergewichtige zunehmen und Übergewichtige abnehmen.

Abb. 14 Systolischer und diastolischer Blutdruck

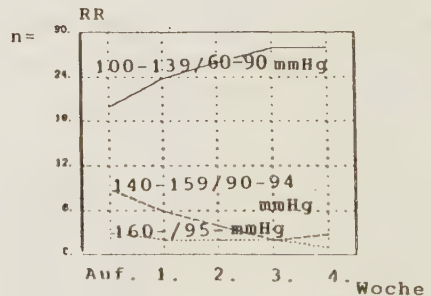
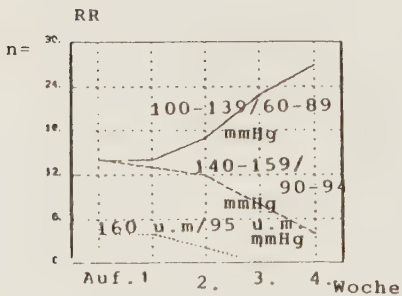
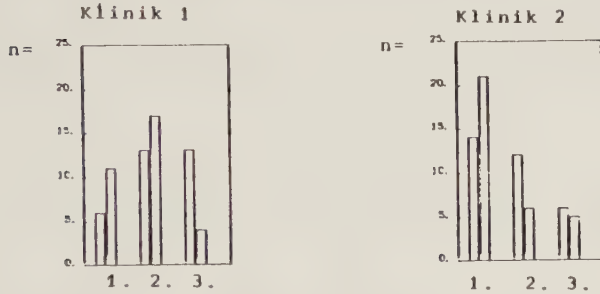
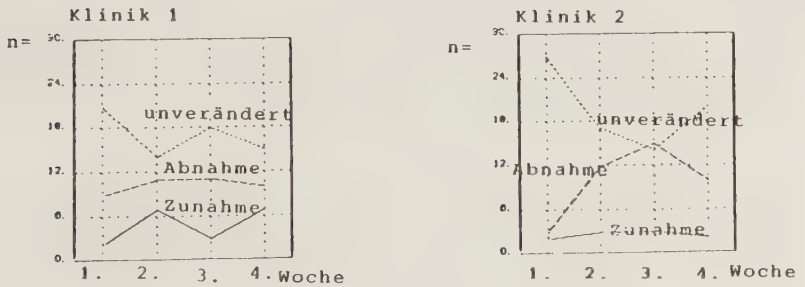


Abb.15 Serumcholesterinspiegel (mg%)



1. bis 220mg% bei Aufnahme und bei Entlassung
2. 221-259mg% bei Aufnahme und bei Entlassung
3. 260- mg% bei Aufnahme und bei Entlassung

Abb.16 Gewichtsveränderung



1.3.2. Akzeptanz der Kurverordnungen

Bei der Frage nach der Durchführung der vorgeschlagenen Kurmaßnahmen zeigen sich im Verlauf über 4 Wochen, daß nach eigenen Angaben die Kurverordnungen zu über 90% befolgt werden. In der dritten Woche findet sich ein Maximum der teilweisen Ablehnung (8%). Die Beurteilung des kurgemäßen Verhaltens durch den Arzt zeigt für die negative Antwort ebenfalls ein Maximum in der dritten Woche. Insgesamt weisen sowohl die Antworten von seiten des Arztes als auch von seiten der Patienten eine überaus hohe Akzeptanz der verordneten Kurmaßnahmen auf. Dieses Bild spiegelt sich in der Beurteilung der Kurmaßnahmen durch den Patienten ebenfalls wider. Über 90% der Patienten beurteilen die Kurmaßnahmen über 4 Wochen als gut. Auffallend ist jedoch, daß sämtliche negative Beurteilungen des kurgemäßen Verhaltens von seiten des behandelnden Arztes in Klinik 2 erfolgen.

Neben den verordneten Kurmaßnahmen betreiben nahezu 70% der Patienten zusätzlich beispielsweise Sport, bzw. 50% nehmen an Entspannungsübungen teil. Die Tendenz der Teilnahme an freiwilligen Aktionen ist im Kurverlauf über 4 Wochen jedoch fallend - Sport minus 10%, Entspannungsübungen minus 8%. Kulturelle Veranstaltungen, Vorträge, kreative Beschäftigungen werden im Vergleich dazu wenig genannt (20%), obwohl besonders in Klinik 2 (BfA-Sanatorium) viel Werbung für derartige Aktionen betrieben wird.

Der Prozentsatz der Patienten, die sich im Verlauf der Kur besser fühlen als zu Hause, nimmt in Klinik 1 von 34% nach der 1. Woche auf 100% nach der 4. Woche zu, in Klinik 2 von 37% auf 75%.

Tabelle 5 Durchführung der Kurmaßnahmen nach Angabe des Patienten

	I 1. Woche			I 2. Woche			I 3. Woche			I 4. Woche			I
	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I
	I-----I			I-----I			I-----I			I-----I			I
ja	I 60	31	29	I 61	31	30	I 59	30	29	I 61	31	30	I
nein	I 1	0	1	I 1	0	1	I 0	0	0	I 0	0	0	I
teilweise	I 3	1	2	I 2	1	1	I 5	2	3	I 3	1	2	I

Tabelle 6 Kurgemäßes Verhalten in der Beurteilung durch den Arzt

	I 1. Woche			I 2. Woche			I 3. Woche			I 4. Woche			I
	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I
	I-----I			I-----I			I-----I			I-----I			I
ja	I 62	32	30	I 62	32	30	I 61	32	29	I 62	32	30	I
nein	I 2	0	2	I 2	0	2	I 3	0	3	I 2	0	2	I

Tabelle 7 Beurteilung der Kurmaßnahmen durch den Patienten

	I 1. Woche			I 2. Woche			I 3. Woche			I 4. Woche			I
	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I
	I-----I			I-----I			I-----I			I-----I			I
gut	I 60	31	29	I 61	32	29	I 62	32	30	I 62	32	30	I
mittel	I 4	1	3	I 3	0	3	I 2	0	2	I 2	0	2	I

Tabelle 8 Zusätzliche freiwillige Aktionen nach Angabe des Patienten (MN)

	I 1. Woche			I 2. Woche			I 3. Woche			I 4. Woche			I
	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I g.	K1	K2	I
	I-----I			I-----I			I-----I			I-----I			I
Sport	I 44	19	25	I 43	18	25	I 42	17	25	I 39	13	26	I
Entspannung	I 32	14	18	I 32	12	20	I 30	12	18	I 27	10	17	I
Anwendungen	I 1	0	1	I 2	1	1	I 3	1	2	I 3	1	2	I
Kultur	I 5	3	2	I 3	3	0	I 3	2	1	I 3	2	1	I
Geselligkeit	I 3	0	3	I 1	0	1	I 1	0	1	I 1	0	1	I
Vorträge	I 4	1	3	I 4	1	3	I 4	1	3	I 4	2	2	I
kreativ	I 1	0	1	I 0	0	0	I 0	0	0	I 0	0	0	I

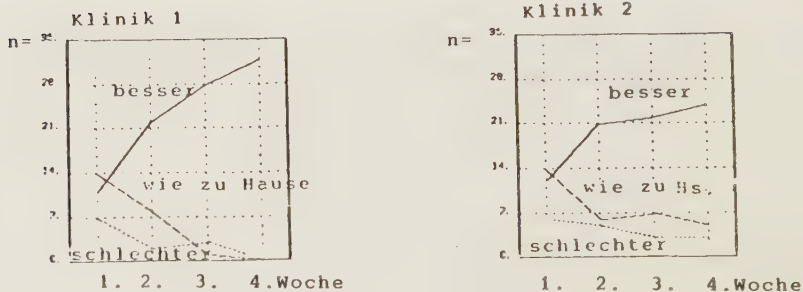
1.4. Kurerfolgsbeurteilung in Selbst- und Fremdeinschätzung

1.4.1. Persönliches Befinden über 4 Wochen

Schlechter als zu Hause fühlen sich nach 4 Kurwochen lediglich 5% aller Patienten. Entsprechende Ergebnisse weist die Frage nach den individuellen Beschwerden während der Kur auf. Schlafstörungen, lokale Beschwerden und Anpassungsschwierigkeiten werden am häufigsten genannt.

Schlafstörungen und Anpassungsschwierigkeiten gehen in 4 Wochen um über 70% bzw. 80% zurück. Die lokalen Beschwerden verhalten sich deshalb nicht entsprechend, weil hierunter in erster Linie Beschwerdebilder wie grippale Infekte bzw. andere leichtere Infektionskrankheiten fallen, an denen immer wieder andere Kurpatienten erkranken. In dieser Beziehung zeigt sich kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Kurkliniken. Zusätzliche Bemerkungen werden in beiden Kliniken gleich wenig gemacht. Einzig erwähnenswert ist, daß sich am Ende der 4. Woche 6 Patienten ausdrücklich zusätzlich positiv über den Kurverlauf äußern.

Abb 17 Befinden während der Kur in der Selbsteinschätzung des Patienten



1.4.2. Verordnete Kurmaßnahmen

Tabelle 9 Beschwerden nach Angabe des Patienten (MN)

	I 1. Woche			I 2. Woche			I 3. Woche			I 4. Woche			I
	I	g.	K1 K2	I	g.	K1 K2	I	g.	K1 K2	I	g.	K1 K2	I
	-----I-----			-----I-----			-----I-----			-----I-----			I
Schlafstörung	I	36	18 18	I	20	11 9	I	13	7 6	I	10	6 4	I
Unwohlsein	I	4	2 2	I	3	1 2	I	4	0 4	I	3	1 2	I
Gereiztheit	I	4	4 0	I	3	0 3	I	2	1 1	I	1	0 1	I
lokale Beschw.	I	10	5 5	I	9	7 2	I	8	5 3	I	10	5 5	I
Anpass.schw.	I	8	5 3	I	3	2 1	I	0	0 0	I	1	1 0	I
Depressionen	I	1	0 1	I	1	0 1	I	2	0 2	I	1	0 1	I
Verdauung	I	1	1 0	I	1	1 0	I	2	1 1	I	0	0 0	I

Tabelle 10 Verordnete Kurmaßnahmen (MN)

	I gesamt		I I Klinik 1		I Klinik 2		I
	I	n %	I	I n %	I	n %	I
	-----I-----		-----I-----		-----I-----		I
Bewegungstherapie	I	48 75,0	I	I 30 93,8	I	18 56,3	I
Diät	I	10 15,6	I	I 6 18,8	I	4 12,5	I
Psychotherapie	I	9 14,1	I	I 1 3,1	I	8 25,0	I
Atem/Entspann.th.	I	15 23,5	I	I 1 3,1	I	14 43,8	I
Physio/Elektrother.	I	52 81,3	I	I 27 84,4	I	25 78,1	I
Hydrotherapie	I	31 48,4	I	I 5 15,6	I	26 81,3	I
Klimatherapie	I	14 21,9	I	I 14 43,8	I	0 0	I
Medikamente	I	15 23,5	I	I 7 21,9	I	8 25,0	I

$\chi^2=40,628$; $df=7$; $p=0,000$

Die verordneten Kurmaßnahmen in beiden Kliniken können 9 Hauptgruppen zugeteilt werden. Als häufigste Anwendung wird die physikalische Therapie verordnet. Hierunter fallen vor allem Massage und Reizstrombehandlungen (51/81 %) Herausgenommen wird aus dieser Gruppe die Hydrotherapie wegen der zahlenmäßig häufigen Vertretung (31/48%). Vor allem in Klinik 2 wird diese Therapiemaßnahme öfter ergriffen als in Klinik 1 (81% bzw. 16%). 75% aller Kurpatienten wird außerdem Bewegungstherapie vorgeschlagen, in diesem Fall häufiger in Klinik 1 (94%) als in Klinik 2 (56%). Zwischen den beiden Kliniken finden sich insbesondere Unterschiede in bezug auf Klima- bzw. Psycho- und Atem/Entspannungstherapie. Klimatherapie wird nur in Klinik 1 verordnet, (Höhenluftkurort). Psycho- und Atementspannungstherapie werden fast ausschließlich in Klinik 2 verordnet. Hierin zeigt sich eine gewisse Parallelität zu Tabelle 1 bzw. 2 ; doppelt so viele Patienten in Klinik 2 fühlen sich psychisch erschöpft bzw. gestreßt.

1.4.3 Veränderung der Lebensgewohnheiten

Von diesen Kurmaßnahmen sollen auf Anraten des Kurarztes insbesondere Bewegungstherapie bzw. Psychotherapie auch nach Ablauf der Kur beibehalten werden. Zudem werden auch weitere ärztliche Behandlungen den Kurpatienten empfohlen. Ein großer Unterschied besteht auch hier wieder in der Psychotherapie (-/10). Als weitere Therapievorschläge werden Diät (12,5%), Gewichtsreduktion (12,5%), Strereduktion (8%) und Einschränkung des Nikotingenusses (8%) wenig genannt. Auffällig ist hier der Unterschied zur Patientenbefragung. Von den 64 befragten Kurpatienten wollen insgesamt 46 (72%) ihre Lebensgewohnheiten aufgrund des Kuraufenthaltes verändern, 12 lehnen eine Veränderung generell ab - hiervon allein 9 (28%) in Klinik 1 -, 6 sind noch unentschlossen. Insgesamt sind weniger Patienten bereit, Therapiemaßnahmen nach der Kur durchzuführen, als dies vom Arzt vorgeschlagen wird. 28 ärztlichen Bewegungsverordnungen stehen nur 22 Patienten, die mehr Sport betreiben wollen, gegenüber. Dieser Therapievorschlg wird jedoch nur in Klinik 1 nicht beachtet. Die Vorschläge zur Gewichts- bzw. Nikotinreduktion werden ebenfalls in beiden Kliniken nicht in entsprechender Zahl angenommen.

Tabelle 11 Über die Kur hinausreichende Therapievorschläge (MN)

	I	gesamt	I	I	Klinik 1	I	Klinik 2	I
	I	n	%	I	I	n	%	I
-----I-----	I	I	I	I	I	I	I	I
Bewegungstherapie	I	28	43,8	I	I	16	50,0	I
Diät	I	8	12,5	I	I	3	9,4	I
Psychotherapie	I	10	15,6	I	I	0	0	I
med. Gymnastik	I	9	14,1	I	I	1	3,1	I
Gewichtsreduktion	I	8	12,5	I	I	6	18,8	I
Strereduktion	I	5	7,8	I	I	2	6,3	I
Nikotinreduktion	I	5	7,8	I	I	1	3,1	I
rztl. Behandlung	I	11	17,2	I	I	1	3,1	I

$\text{Chi}^2=16,586$; $\text{df}=7$; $\text{p}=0,020$

Abb. 18 Vom Patienten beabsichtigte Veränderung der Lebensge-
wohnheiten

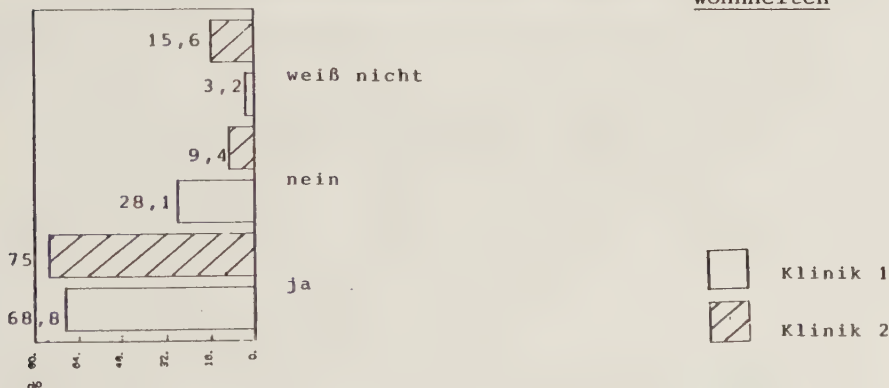


Tabelle 12 Art der Veränderung (MN)

	I	gesamt	I	I	Klinik 1	I	Klinik 2	I
	I	n	%	I	I	n	%	I
-----I-----	I	I	I	I	I	I	I	I
mehr Sport	I	22	34,4	I	I	9	28,1	I
Ernährung	I	9	14,1	I	I	6	18,8	I
Hydrotherapie	I	13	20,3	I	I	1	3,1	I
Gewichtsreduktion	I	2	3,1	I	I	2	6,3	I
Strereduktion	I	8	12,5	I	I	5	13,6	I
Nikotinreduktion	I	2	3,1	I	I	0	0	I
Alkoholreduktion	I	2	3,1	I	I	2	6,3	I

$\text{Chi}^2=8,962$; $\text{df}=6$; $\text{p}=0,176$

1.4.4 Beurteilung der Kur

Tabelle 13 Befinden am Kurende in der Selbsteinschätzung des Patienten

	I gesamt		I I Klinik 1		I Klinik 2		I
	I	n %	I	I n %	I	n %	I
-----I-----I-----I-----I							
besser	I	59 92,2	I	I 31 96,9	I	28 87,5	I
schlechter	I	0 0	I	I 0 0	I	0 0	I
genauso	I	2 3,1	I	I 1 3,1	I	1 3,1	I
anders	I	3 4,7	I	I 0 0	I	3 9,4	I

$$\text{Chi}^2 = 3,153; \text{df}=2; p=0,207$$

Der Kuraufenthalt insgesamt wird sowohl von seiten der Patienten als auch von seiten der Ärzte überwiegend positiv bewertet. Über 92% der Patienten geben ein besseres Befinden am Ende der Kur an, kein Patient fühlt sich schlechter. Ebenso beurteilt kein Patient die gesamte Kur als schlecht. 94% in Klinik 1 schätzen den Kuraufenthalt als gut ein, 81% in Klinik 2, entsprechend 6% bzw. 19% nur als mittelmäßig. Weniger positiv wird der Kurerfolg durch die Ärzte eingestuft. Bei knapp 70% der Patienten ist der Kurerfolg gut, bei knapp 30% mittelmäßig. Bei 1 Patienten ist der Kurerfolg schlecht. Die positive Beurteilung der Kur durch die Patienten bestätigt sich abschließend in der Frage nach einem nochmaligen Kuraufenthalt. 58 Patienten (91%) würden einen erneuten Kuraufenthalt durchführen. Die 6 unentschlossenen Patienten befinden sich ausschließlich in Klinik 2. Ein Zusammenhang zur Beurteilung der Kur läßt sich nicht feststellen, da von diesen 6 Patienten überraschend 5 die Kur als gut und nur einer als mittelmäßig beurteilen.

Der Grad der Signifikanz innerhalb der Unterschiede zwischen Klinik 1 und Klinik 2 ist den jeweiligen Tabellen zu entnehmen.

Abb. 19 Beurteilung der Kur durch den Patienten

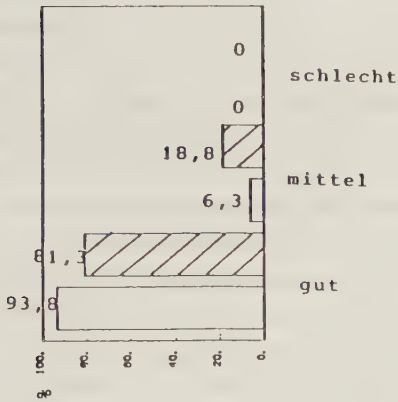


Abb. 20 Kurserfolg nach der Einschätzung des Arztes

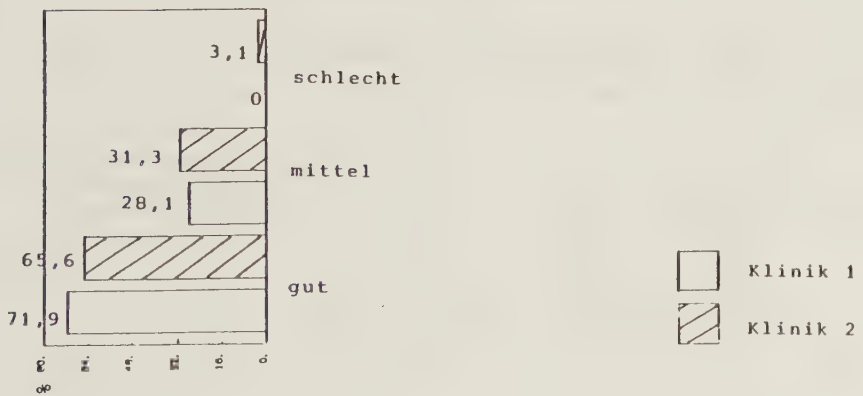


Tabelle 14 Nochmaliger Kurwunsch von seiten des Patienten

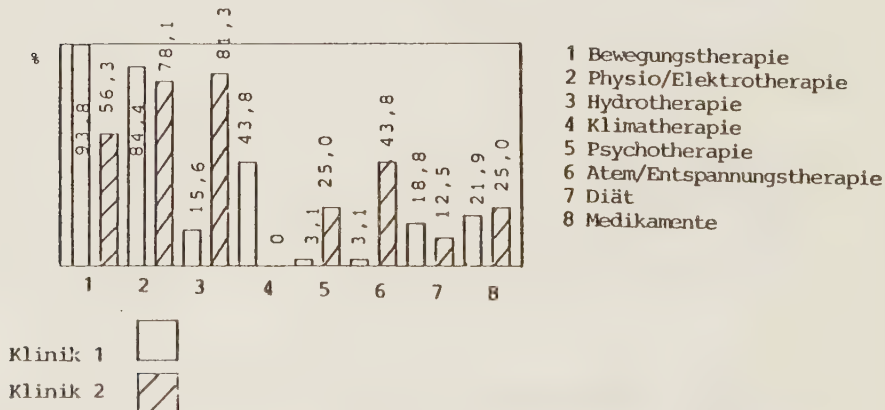
	I	gesamt	I	I	'Klinik 1	I	Klinik 2	I			
	I	n	%	I	n	%	I	n	%	I	
-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----											
ja	I	58	90,6	I	I	32	100,0	I	26	81,3	I
nein	I	0	0	I	I	0	0	I	0	0	I
weiß nicht	I	6	9,4	I	I	0	0	I	6	18,8	I

$\chi^2=6,621$; $df=1$; $p=0,010$

2. Kurmaßnahmen im Vergleich

Die vorliegenden Ergebnisse weisen im Vergleich der beiden Kliniken einen hoch signifikanten Unterschied in bezug auf die jeweils verordneten Kurmaßnahmen auf ($p=0,000$). In beiden Kliniken werden Diät, Medikamente und Physio/Elektrotherapie mehr oder weniger gleich häufig verordnet, die Differenz liegt eindeutig dagegen in der Bewegungstherapie, die insbesondere in Klinik 1 (30 Patienten) zur Anwendung kommt, wo hingegen in Klinik 2 nur 18 Personen ein besonderes Training benötigen. In Klinik 1 wird zudem eindeutig häufiger Klimatherapie verordnet, was allerdings wohl in direkte Beziehung mit der Lage der Klinik in Zusammenhang gebracht werden muß (Höhenluftkurort). In Klinik 2 dagegen werden verstärkt Hydrotherapie (26 Patienten), Atem/Entspannungstherapie und vor allem Psychotherapie indiziert. Die folgende Abbildung zeigt die Unterschiede:

Abb.21 Verordnete Kurmaßnahmen im Klinikvergleich



Insgesamt lassen sich Kurmaßnahmen nach Kirschner¹ wie folgt unterscheiden:

1. Physikalische Therapie einschließlich der Balneotherapie, der Hydrotherapie, der Physio/Elektrotherapie und der Bewe-

gungstherapie

2. Psychotherapie und Gesundheitsbildung bzw. -erziehung

3. Ernährungsbehandlung

Ergänzend müssen noch kombinierte Behandlungen von Kurorttherapie und Medikamenten, die Klimatherapie und die Atem/Entspannungstherapie genannt werden.

2.1. Physikalische Therapie

2.1.1. Bewegungstherapie:

Die Bewegungstherapie ist mit die älteste Therapie der Präventivmedizin. Schon Plutarch hat die "krankmachende Wirkung von Trägheit und Bewegungslosigkeit erkannt". Im 18. Jahrhundert hat Heberden das Holzhacken gegen Angina pectoris empfohlen. Als "souveräne Behandlung der Herzschwäche" hat Oertel um 1880 für das Bergsteigen votiert, zudem allerdings auch für Gymnastik, Bewegung und Terrainkur. Von daher kann Schneider mit Recht behaupten:

"Bewegungstherapie ist alter, bewußt gepflegter Bestandteil unserer Kurpläne"² bzw. gehört, wie Zipp³ ausführt, zum Standardarsenal der Traniningsbehandlungen am Kurort. Sie ist vor allem ein "wertvolles ergänzendes Therapeutikum" (Lühr). Die Bewegungstherapie hat sich als "aktive Bewegungsbehandlung als Alternative und Ergänzung zu der passiv ausgerichteten Badekur durchgesetzt."⁴ Bewegungstherapie ist vor allem indiziert bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infarkten und Risikofaktoren⁵, aber auch bei Hypotonie. Bislang fehlen jedoch noch epidemiologische Beweise für eine eindeutig positive Beeinflussung bei Hypertonie. Als allgemeine Indikation können nach Hüllemann gelten:

1. Verbesserung der peripheren Kompensationsmechanismen
2. Zusätzliche vegetative Beschwerden
3. Zusätzlich nichtinsulinpflichtiger Diabetes mellitus
4. (individuell) mäßige essentielle Hypertonie

Kontraindikation

1. Weniger als 3 Monate nach Herzinfarkt
2. Angina pectoris in Ruhe
3. Salvenartige oder polytope Extrasystolen
4. Ergometerleistung unter 75 bis 100 Watt.⁶

Als Kontraindikation muß noch die maligne Hypertonie mit Anstieg des diastolischen Drucks unter Belastung und Überschreiten eines systolischen Drucks von 240mmHg ergänzt werden.⁷ Hierüber besteht allerdings in der Literatur keine einhellige Meinung. Die Uneinheitlichkeit bezieht sich nicht nur auf die Indikation bzw. Kontraindikation, sondern setzt sich auch in den zu verordnenden Therapieformen fort. Spricht sich Hüllemann eindeutig für einen lockeren Dauerlauf bzw. zügiges Gehen, Schwimmen und Radfahren aus, so gibt Rost zu bedenken, daß insbesondere das Alter des Patienten und die vegetative Ausgangslage zu berücksichtigen sind. Bei Hypotonie votiert er für Gymnastik, Rudern und Schwimmen, ganz im Gegenteil bei hypertonen Patienten, denen er nur mit Einschränkung Schwimmen, Laufen, hier vor allem Skilanglauf, verordnet. In einer Verbindung von ärztlich geleiteter Terrainkur und Klimatherapie in einem Höhenluftkurort hat Deschwanden⁸ positive Effekte bei Hypertonikern konstatieren können. Nach seinen Ausführungen fällt der Blutdruck, die Ökonomie der Herzarbeit wird besser und die Leistungsfähigkeit wird gesteigert. Auch für Herz-Kreislauf-Leiden votiert er für diese Therapiekombination. Zudem gehen die Meinungen in bezug auf die Dosierung des Trainingsprogramms weit auseinander. Empfiehlt Lühr z.B. einem 70 kg schweren Herzinfarktpatienten eine tägliche Wanderung im Tempo von 2,5 - 3 km pro Stunde um

eine 50W Belastung bequem zu erreichen, so führt Hüllemann aus:

"Bewegungstherapie als körperliches Training beginnt ab einer Belastungsintensität von 100W."⁹ Allerdings gehen beide auch von unterschiedlichen Ausgangslagen aus. Zu bedenken geben muß in diesem Zusammenhang, was Schnizer u.a. ermittelt haben, daß die Bewegungstherapie im Vergleich zur Balneotherapie ungünstiger zu beurteilen ist. Die Pulsfrequenz von 130/min. einer passiv behandelten Gruppe wurde stärker gesteigert als bei einer trainierten. Bei Sympathikotonen mit hohem Puls-Atem-Quotienten ist ein größerer Trainingsgewinn zu erzielen als bei Vagotonen. Bewegungstherapie bedeutet aber eine weitere Verschiebung zur Vagotonie. Bei vagotoner Ausgangslage wird durch Bewegungstherapie eine geringe Leistungsfähigkeit erzielt, während die Bäderkur sowohl auf Sympathikotone als auch auf Vagotone eine Eutonisierung bewirken kann.¹⁰ Von daher muß Posse¹¹ zugestimmt werden, wenn er bezüglich der Bewegungstherapie kritisch zu bedenken gibt, daß bislang objektivierbare therapeutische Effekte der Bewegungstherapie noch fehlen und ebenso liegen bislang noch keine exakten Angaben über die Dosierung des Trainings vor. "Unter der Zielsetzung, im Kurwesen nur wissenschaftlich abgesicherte und im Hinblick auf Therapieeffekte relevante Maßnahmen zu belassen, muß sich die Bewegungstherapie in den nächsten Jahren wohl noch kritische Fragen gefallen lassen".¹² Unter Berücksichtigung unterschiedlichere vegetativer Ausgangslagen, des Alters - so fordern Schnizer u.a. bei Personen über 40 mit Herz-Kreislaufleiden aber auch bei Übergewicht und Bluthochdruck zur wirksamen Steigerung der Leistungsfähigkeit unbedingt vor Trainingsbeginn eine Untersuchung des Herzens; Sie raten vor allem zur Erstellung eines Elektrokardiogramms mit den Pulsfrequenzen und den Blutdruckwerten in Ruhe und unter Belastung¹³ -, des Geschlechts - Lühr weist darauf

hin, daß die Leistungsfähigkeit der Frau nur 60 % der des Mannes beträgt -, der Größe, des Gewichts, hier insbesondere des Übergewichts, und des Blutdrucks scheint die Bewegungstherapie angeraten. Wird Bewegungstherapie als differenziert zu indizierende Therapie verstanden und wird sie nicht mißverstanden als Anreiz zu maximaler Leistung, sondern zu optimaler Gesundheit, so kann sie ohne Zweifel dazu führen, daß

1. eine vegetative Umstellung auf eine mehr vagotone Einstellung festzustellen ist,
2. eine funktionelle Adaption und damit eine bessere Ökonomisierung der Herz-Kreislauf-Funktionen erreicht wird und
3. die Ausbildung sogenannter physiologischer Adaptate in Form von physiologischer Herzmuskelhypertrophie erreicht werden.¹⁴

Lühr faßt eine Reihe positiver Effekte der körperlichen Aktivität bei der Vorbeugung degenerativer Herz-Gefäßerkrankung zusammen: Verminderung der Serumcholesterinkonzentration, Senkung der Triglyceride und Beta-Lipoproteine, Senkung des erhöhten Blutdruck, Stabilisierung des Verhaltens der Thrombozyten, Förderung der Funktion des fibrinolytischen Systems, Senkung des Körpergewichts, Verbesserung des Kollateralkreislaufs und Herzmuskelstoffwechsels, Senkung der Serumharnsäurekonzentration, Ausgleich des Hormonhaushaltes¹⁵ und - das wird vor allem von Hüllemann hervorgehoben - größeres Selbstvertrauen durch körperliche Konditionierung und ein Gefühl für Unabhängigkeit (insbesondere bei Infarktpatienten).

Da die Bewegungstherapie in den beiden untersuchten Kliniken mit die häufigste Therapieform darstellt, muß hier insbesondere eine Verbindung gezogen werden zu

1. Alter,
2. Körperlicher Aktivität,
3. Gewicht,
4. Blutdruck und
5. Kurerfolg.

Weiterhin muß überprüft werden, ob die Forderungen von Rost auch in die Kurpraxis umgesetzt werden, daß nämlich die Bewegungstherapie nicht isoliert betrachtet werden darf, sondern nur in Verbindung mit der medikamentösen

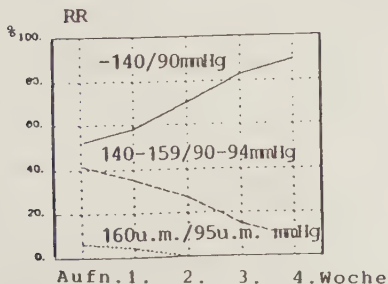
Therapie, der physikalischen Therapie allgemein und einer vernünftigen Lebensführung positive Effekte erzielen kann, ob evtl. herausragende Unterschiede zwischen den Kliniken festzustellen sind.¹⁶

Wie schon erwähnt, wird die Bewegungstherapie vorwiegend in Klinik 1 indiziert. Hierbei ist auffällig, daß überwiegend Patienten mit einem Lebensalter über 60 Jahren diese Therapieform verordnet bekommen haben (37,5 % der Patienten). Berücksichtigt man zudem, daß als freiwillige Aktion vor allem Sport betrieben wurde, so scheint ein Leistungsdenken, daß eventuell nicht zu optimaler Gesundheit führt, vorzuliegen. 68,8 % der Patienten haben neben der Bewegungstherapie noch zusätzlich Sport in der 1. Woche betrieben bei leichtem Abfall im Kurverlauf. Der Kurverlauf zeigt allerdings, daß die verordnete Bewegungstherapie gerade auch bei Patienten höheren Alters positive Kureffekte erzielt hat. Dies läßt sich an der Veränderung des Blutdrucks, des Serumcholesterinspiegels und der Gewichtsveränderung feststellen.

1. Veränderung des Blutdrucks:

Unter Einfluß der Bewegungstherapie konnte eindeutig eine Normalisierung des Blutdrucks bewirkt werden. Bei Aufnahme haben 25 Patienten einen Blutdruck RR 140/90, 20 140-159/91-99 und 3 einen zu hohen Blutdruck von über 160/100 mmHg. Im Kurverlauf zeigte sich, daß der zu hohe Blutdruck der 3 Patienten gesenkt werden konnte. Insgesamt haben bei Kurende (4. Woche) 89,6 % der Patienten einen Blutdruck bis RR 140/90 mmHg.

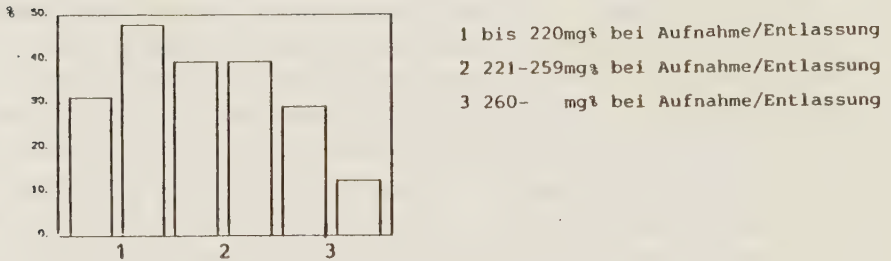
Abb. 22 Blutdruckveränderung unter Bewegungstherapie



2. Veränderung des Serumcholestrinspiegels

Vergleichbar der Normalisierungstendenz des Blutdrucks ist auch eine Normalisierung des Serumcholesterinspiegels im Kurverlauf unter Einfluß der Bewegungstherapie festzustellen. Hatten 15 Patienten bei Anamnese einen Cholesterinwert bis zu 220mg%, so waren es bei Kurende 23, bei Aufnahme hatten 14 Patienten einen Cholesterinwert von über 260mg%, bei Kurende waren es dagegen nur noch 6 Patienten.

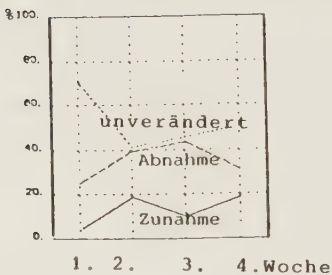
Abb. 23 Serumcholesterinspiegelveränderung unter Bewegungstherapie



3. Gewichtsveränderung

Allein unter Einfluß der Bewegungstherapie ohne zusätzlich verordnete Diät ist eine Gewichtsveränderung festzustellen. Bedenkt man, daß kaum übergewichtige Patienten zu finden waren, so ist trotzdem unter Einfluß der Bewegungstherapie in der 3. Kurwoche bei 43,8 % der Patienten eine Gewichtsreduktion zu konstatieren. Jeweils in der 2. und 4. Kurwoche haben 18,8 % der Patienten trotz Trainings zugenommen. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten hat allerdings keine Gewichtsveränderung im Kurverlauf aufzuweisen.

Abb. 24 Gewichtsveränderung unter Bewegungstherapie



Die von Deschwanden, Lühr u.a. herausgestellten positiven Effekte der Terrainkur können durch diese Ergebnisse nur bestätigt werden und das trotz des überdurchschnittlichen hohen Alters der Patienten. Die Senkung des Blutdrucks, eine allgemeine vegetative Umstellung, eine Senkung der Serumcholesterinkonzentration konnte bei der vorliegenden Patientengruppe erzielt werden. Hervorzuheben ist noch, daß den Patienten mit Bewegungstherapie zu 100% ein kurgemäßes Verhalten bescheinigt worden ist. Über Kurende hinaus wurde diesen Patienten in erster Linie empfohlen, verstärkt körperlich aktiv zu bleiben. Auffallend ist zudem, daß Bewegungstherapie kaum mit Diät (nur in 8,3% der Fälle), dafür aber verstärkt in Verbindung mit Klimatherapie - nur in Klinik 1 (11,9%) -, vorwiegend mit Physio/Elektrotherapie (in 37,6% der Fälle) und mit Hydrotherapie - vor allem in Klinik 2 - kombiniert verordnet worden ist. Die erzielten positiven Kureffekte müssen von daher auch in Verbindung mit diesen anderen Kurmaßnahmen betrachtet werden.

2.1.2. Balneotherapie bzw. Physio-Elektrotherapie

Wie schon erwähnt, hat Zipp in einer Vergleichstudie der Balneotherapie vor der Bewegungstherapie den Vorzug gegeben, da sie größere therapeutische Möglichkeiten aufweist. Die Balneotherapie geht vor allem auf F.W. Behnkes Erfahrungen mit Nauheimer Thermal-Sole-Kohlensäurebädern bei rheumatischen Herzerkrankungen zurück. Die Balneotherapie ist vorwiegend bei Herz-Kreislauf-erkrankungen indiziert. Zur Behandlung kardiovaskulärer Krankheiten werden heute im Rahmen der Balneotherapie auch Akratothermen, Jod- und Schwefelwässer verordnet. Von daher ist mit Delius zusammenfassend festzustellen: "Niemand wird so törrich sein, an den rational ge-

sicherten und empirisch bewährten Anzeigestellungen der Sole- und Schwefelquellen für die Rheumatiker, der CO^2 -Quellen für die Kreislaufkranken zu rütteln."¹⁷

Die medizinische Balneologie befaßt sich somit nicht nur mit dem Baden, sondern auch mit der Wirkungsweise der natürlichen Heilmittel des Bodens.¹⁸ Im Rahmen der Therapie der vegetativen Dystonie ist als ein Effekt der Balneotherapie vor allem eine vegetative Gesamtumstellung festzustellen. Das Kohlensäurebad hat einen gefäßerweiternden Effekt, Eröffnung bisher nicht offener Kapillaren, Zunahme des Drucks im arteriellen Schenkel und eine Förderung des venösen Rückflusses.

"Der Kreislaufantrieb in der Haut, weniger der Gesamtantrieb des Kreislaufs ist nach unserer Überzeugung das Wesentliche und Eigentümliche der Bäderwirkung."¹⁹

Gefäßregulation infolge einer verbesserten Hautdurchblutung wird auch dem Schwefelbad zugesprochen. Fisches hat als Kureffekt der Balneotherapie eine trophotrope Herz-Kreislaufeinstellung sowie eine Ökonomisierung der Herzarbeit festgestellt. In bezug auf Hypertonie liegt eine durch zahlreiche Untersuchungen abgesicherte balneotherapeutische Indikation vor.²⁰ Bei peripheren Durchblutungsstörungen ist die Wirkung des CO^2 -Bades insgesamt positiv zu sehen. Zudem ist eine Wirkung auf das Immunsystem und sowohl positive als auch negative Beeinflussung des Entzündungsgeschehens über Tierversuche belegt worden.²¹ Der Therapiemodus der Kohlensäurewasserbäder sollte nach Lühr die höchste Zahl der Bäder in der zweiten und dritten Kurwoche haben, um wohl gewissen Gefahren der Badereaktion entgegenzuwirken. Aufgrund der starken sedierenden, Müdigkeit erzeugenden Wirkung der Bäder sollte das Einzelbad max. 12 Minuten Badezeit bei einer Wassertemperatur

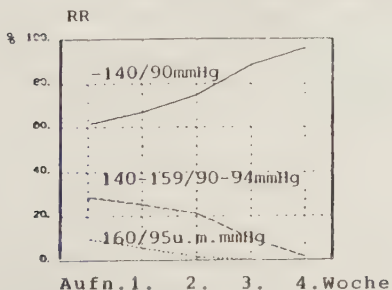
von nicht mehr als 33°C betragen. Schwefelbäder können auf 20 Minuten bei einer Temperatur von 36°-37°C ausgedehnt werden. Insgesamt sollte die Zahl der Kohlensäurewasserbäder auf 3-4 Bäder pro Woche beschränkt sein. Nach jedem Bad ist Bettruhe empfohlen. Gerade der Balneotherapie wachsen vermehrt präventive Aufgaben zu. Allerdings ist bei der Indikation unbedingt Art, Stadium und Phase der Krankheit zu berücksichtigen. Aufgrund noch fehlender Grundlagen- und Therapieforschung und Effizienzkontrollen ist diese Therapieform nur mit einer gewissen kritischen Vorsicht zu übernehmen.²²

Die Physio/Elektrotherapie ist wie schon gesagt vor allem in Kombination mit der Bewegungstherapie verordnet worden. Über Kurende hinaus wird vor allem auch eine verstärkte körperliche Aktivität den Patienten angeraten. Darüber hinaus ist insbesondere in Klinik 2 eine Verbindung von Physiotherapie und Hydrotherapie gewählt worden. Zu dem wurde hier auch noch eine Verbindung mit der Atem/Entspannungstherapie gewählt. In Gegensatz zu der häufig indizierten Psychotherapie in Klinik 2 ist eine kombinierte Behandlung über Physiotherapie mit Psychotherapie kaum zu finden. Vergleichbar der Bewegungstherapie läßt sich auch unter Einfluß der Physio/Elektrotherapie eine Normalisierung des Blutdrucks, der Serumcholesterinwerte und eine Gewichtsveränderung feststellen.

1. Veränderung des Blutdrucks

Haben bei Aufnahme 61,5% der Patienten einen normalen Blutdruck bis zu RR 140/90mmHg und immerhin 9,6% einen zu hohen Blutdruck von über 160/100 mmHg, so steigt die Zahl derjenigen mit normalem Blutdruck auf 96,2% aller Patienten, 3,8% haben einen Blutdruck von 140-159/90-99 mmHg.

Abb. 25 Blutdruckveränderung unter Balneotherapie

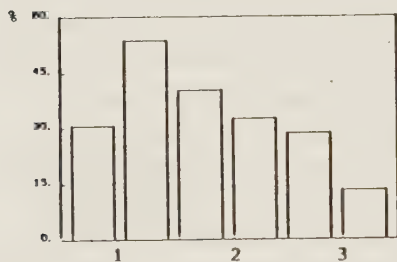


2. Veränderung des Serumcholesterinspiegels

-220mg%	bei Aufnahme: 30,8%	bei Entlassung: 53,8%
220-259mg%	40,4%	32,7%
260mg%u.m.	28,8%	13,5% der Patienten

Diese Zahlen zeigen deutlich eine Tendenz zur Normalisierung der Serumcholesterinkonzentration. In über 50% der Fälle konnte ein Serumcholesterinwert von unter 220mg% erzielt werden.

Abb. 26 Serumcholesterinspiegelveränderung unter Balneotherapie

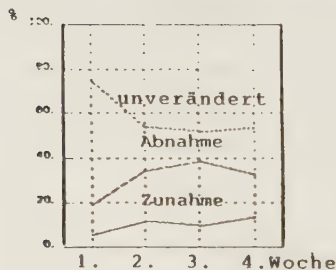


- 1 -220mg% bei Aufnahme/Entlassung
- 2 221-259mg% bei Aufnahme/Entlassung
- 3 260mg%u.m. bei Aufnahme/Entlassung

3. Gewichtsveränderung

Im Kurverlauf ist unter Einfluß der Physio/Elektrotherapie eine verstärkte Gewichtsabnahme zu konstatieren. Hatten in der 1. Kurwoche nur 19,6% eine Gewichtsreduktion aufzuweisen, so erhöht sich diese Zahl nach der 4. Kurwoche auf 32,7%. Das ist insofern interessant, da Physio/Elektrotherapie ähnlich der Bewegungstherapie kaum mit Diät verordnet worden ist. Die überwiegende Zahl der Kurpatienten konnte das Gewicht im Verlauf der 4 Wochen halten.

Abb. 27 Gewichtsveränderung unter Balneotherapie



Trotz aller in der Literatur aufgezeigten Zweifel an der Therapieform kann im vorliegenden Fall nur ein positiver Kureffekt bescheinigt werden.

Insgesamt sollte die Zahl der Kohlensäurewasserbäder auf 3-4 Bäder pro Woche beschränkt sein.

Die Anwendungen sind in den folgenden Wochen langsam zu steigern. Für eine erfolgreiche Anwendung sind zudem eine nicht überkalorische Ernährung und eine Kurkrise berücksichtigende Ordnungstherapie und Gesundheitsbildung am Kurort miteinzubeziehen.

2.1.3. Hydrotherapie

Die Hydrotherapie umfaßt vor allem Kneipp-Therapie und Massagen. Sie unterscheidet sich von der Balneotherapie, da sie mit ihren unspezifischen Mitteln allorts anwendbar ist. Insbesondere die Kneipp-Therapie spielt in der Behandlung funktioneller Herz-Kreislaufkrankheiten eine überragende Rolle. Sie dient dazu, die thermische Abhärtung des Organismus zu verbessern und zwar durch wärmezubringende und wärmeentziehende Behandlungsmaßnahmen.²³ Die Kneipp-Therapie stellt nicht nur eine Wasserbehandlung dar, sondern ist eine komplexe Therapie, die neben der Hydrotherapie die Bewegungstherapie, die Phytotherapie (Behandlung mit Naturarzneien), Ernährung und Ordnungstherapie miteinbezieht.²⁴ Sowohl die Kneipp-Hydrotherapie als auch die damit kombiniert verordnete Bewegungstherapie sind unter Ausschluß organischer Störungen ideale Behandlungsmethoden bei Kreislaufbeschwerden. Es ist ein ausgleichender Effekt auf den Blutdruck, sowohl des hohen Blutdrucks als auch des niedrigen Blutdrucks, festzustellen. Die Kneipp-Therapie ist eine aktive Therapie, die den biologischen Rhythmus mitberücksichtigt, von daher sind kühle Bäder und Wickel nachmittags zu verabreichen, morgens sind

warme Bäder angeraten. Zu Kurbeginn sollte zudem eine Kombination mit leichten Beruhigungsmitteln gewählt werden. Ansonsten ist für die erste Kurwoche folgender Plan zu empfehlen:

nach 25

	früh	vor- mittags	nach- mittags	abends
Montag		Fußbad/ Melisse		
Dienstag	Trocken- bürsten Unter- körper	Armbad/ Melisse		
Mittwoch	Trocken- bürsten Oberkörper	Wechsel- knieguß		Wasser- treten
Donnerstag	Unter- körper Waschung	Wechsel- armguß		Wasser- treten
Freitag	Oberkörper Waschung	Wechsel- fußbad	Armguß	Wasser- treten
Samstag	Unter- körper Waschung	Wechsel- brustguß		Wasser- treten

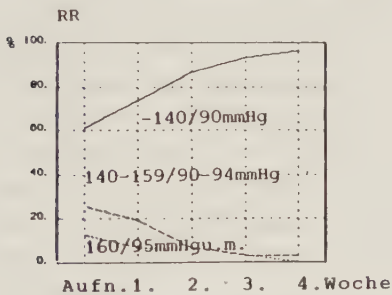
Hydrotherapie wurde in den beiden untersuchten Kliniken vorwiegend Patienten, und hier in der Mehrzahl Frauen, zwischen 40 und 49 Jahren verordnet. Nur 93,5 % von ihnen wurde ein kurgemäßes Verhalten bescheinigt, im Gegensatz zur Bewegungstherapie, die zu 100 % befolgt wurde. Insbesondere in der 3. Kurwoche ist eine starke Gewichtsabnahme festzustellen. Bedenkt man den hohen Frauenanteil mit Normal- bzw. Unterger-

wicht so liegt evtl. hier ein Kureffekt vor, der nicht unbedingt erwünscht war. Doch auch unter Einfluß der Hydrotherapie ist generell eine Tendenz zur Normalisierung des Blutdrucks, des Serumcholesterinspiegels und eine Gewichtsveränderung festzustellen.

1. Veränderung des Blutdrucks

Im Kurverlauf zeigt sich auch unter dieser Therapieform eine totale Streichung des zu hohen Blutdrucks, bei gleichzeitig kontinuierlichem Anstieg des normalen Blutdrucks. Eine Besserung zeigt sich hier sogar schon deutlich nach einer Woche Kuraufenthalt.

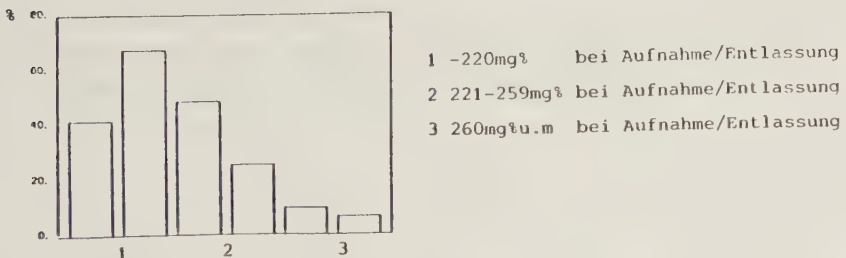
Abb. 28 Blutdruckveränderung unter Hydrotherapie



2. Veränderung des Serumcholesterinspiegels

Die Veränderungen des Serumcholesterinspiegels zeigen vor allem eine Verschiebung der erhöhten Werte (220-259mg%) zugunsten der Normalwerte (unter 220mg%). Die hohen Cholesterinwerte (über 260mg%) konnte nur von 9,6% bei Aufnahme auf 6,5% bei Entlassung gesenkt werden. Hier läßt sich im Gegensatz zur Bewegungstherapie und zur Physiotherapie nur ein mittlerer Kureffekt ablesen.

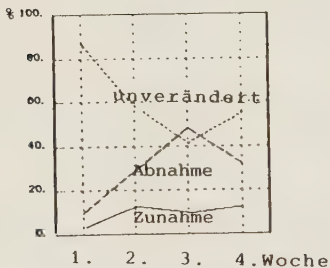
Abb. 29 Serumcholesterinspiegelveränderung unter Hydrotherapie



3. Gewichtsveränderung

Hydrotherapie wurde vorwiegend in Kombination mit Physiotherapie, mit Atem/Entspannungstherapie und auch mit Medikamenten verordnet. Eine Verbindung mit Diät ist aufgrund der durchschnittlichen Normalgewichtigkeit nicht indiziert worden. Auffallend ist vor allem in Klinik 2 die direkte Verbindung mit der Psychotherapie.

Abb. 30 Gewichtsveränderung unter Hydrotherapie



2.2. Psychotherapie

"Unser jüngster Infarktpatient war 17 Jahre alt (koronar-angiographisch nachgewiesen: ohne Kranzgefäßanomalie) und hat 60 Zigaretten geraucht. Also ein Fall von Gesundheits-erziehung ...? Ich pflege aber, wenn ich von diesem 17jäh-rigen Infarktpatienten erzähle, zu ergänzen: Als ich seine Mutter kennenlernte, habe ich verstanden, warum er 60 Ziga-retten geraucht hat. Da haben wir doch die Brücke zwischen Gesundheitserziehung und Psychotherapie."²⁶

Im Gegensatz zu den bisher erörterten Kurmaßnahmen ist die Psychotherapie recht neuen Datums. Vor allem steckt hinter der Psychotherapie die Diskussion um Risikofaktoren, die allein mit den Ergebnissen der Framingham-Studie nicht mehr

hinreichend ist. Ergänzt werden muß das bislang diskutierte und therapierte klassische Risikofaktorenbündel durch den Risikofaktor "psychosoziale Stressung".

"Warum ist Arbeitszufriedenheit vielleicht der beste Faktor, das Leben zu verlängern? Zweifellos sind auch andere Faktoren wichtig, Ernährung, regelmäßig Bewegung, Gesundheitsvorsorge und genetische Probleme. Aber unsere Untersuchungsergebnisse legen nahe, daß diese Faktoren nur 25 % aller Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-erkrankungen ausmachen. Das bedeutet: wenn der Cholesterinspiegel, Blutdruck, Rauchen, Blutzuckerspiegel, Harnsäurespiegel usw. lückenlos kontrolliert würden, wäre damit doch nur 1/4 aller Herzinfarkte in den Griff zu bekommen. Obwohl diese Untersuchungen noch keine abschließenden Ergebnisse zulassen, scheint es doch so, daß die individuelle Arbeitsrolle, die Arbeitsbedingungen und andere soziale Faktoren in starkem Zusammenhang mit den ungeklärten 75 % der Faktoren zu sehen sind".²⁷ Müller und Hauss²⁸ haben in ihren Untersuchungen belegt, daß Herzinfarkt keine Managerkrankheit ist, sondern vielmehr in den unteren sozialen Schichten, bei un- und angelernten Arbeitern, zu finden ist. Neben der Berufssituation muß auch noch die allgemeine Lebenssituation miteinbezogen werden. "Stress ist ein in jeder Hinsicht individuelles Problem, die Prävention gegen den Stress kann also mit Erfolg auch bei den Individuen angreifen und ihre Emotionalität und Reaktionsbereitschaft äußeren Faktoren gegenüber zu beeinflussen suchen".²⁹ Eine Form der Therapie, das Autogene Training, muß vor allem Selbsthilfe als oberstes Ziel anstreben, um somit eine Vorbereitung auf den Alltag zu sein. Durch Autogenes Training, in der Grundstufe kombiniert mit Techniken der Verhaltenstherapie, können ein positives Verhalten (=Entspannung), ein Abbau von Depressionen, eine erhöhte soziale Kompetenz, z.T. eine Schmerzlinderung sowie eine Verminderung der Schlaflosigkeit erreicht werden.³⁰

Zur Psychotherapie wird weiterhin in Ergänzung des Autogenen Trainings die Transzendente Meditation von K. Jung gezählt. Transzendente Meditation ist hier als "2x15-20 minütige Distanzierung von meinem Denken, meinem Wollen, von meiner Verbissenheit" zu verstehen.³¹ Das Biofeedback-Verfahren ist nach der Überzeugung von Vaitl geeignet, die Herzfrequenz zu stabilisieren. Darüber hinaus scheint die Bewegungstherapie als mindestens 10 minütiges Jogging, Schwimmen oder Radfahren gegen Streß angeraten.

"Muskuläre Aktivität im Sinne der Bewegungstherapie bewirkt ... eine Kompensation streßbedingter biochemischer Veränderungen."³² Neben der progressiven Relaxation (Muskelanspannung und Muskelentspannung) und dem autogenen Training ist auch noch die sog. Kurzentspannung zu nennen. "Durch Hochziehen der Schulter, kurzes Anhalten des Atems, plötzliche Lockerung und Fallenlassen der Schulter, die Hände zu Fäustballen, die Arme ruckartig an den Körper pressen, den Atem kurz anhalten und plötzlicher Entspannung kann das Streßgeschehen manipuliert werden, indem innere Spannungen nach außen abgeleitet werden".³³

Die Verhaltenstherapie bemüht sich, insbesondere Streßereignisse, Streßreaktion und Streßbewältigung zu analysieren und vor allem Streßbewältigung zu trainieren, z.B. durch das Führen eines Tagebuches, Kontrakte mit dem Therapeuten (z.B. das Hinterlegen eines Geldbetrages) helfen, die einzelnen Therapieabschnitte strikter einzuhalten.³⁴

Unter Psychotherapie wird zudem aber auch noch die Gruppenpsychotherapie und die medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka verstanden. Allein die Therapienvielfalt zeigt schon, daß Psychotherapie kein eindeutig festgelegtes Therapiekonzept ist, sondern mit den unterschiedlichsten Therapieformen

zu füllen ist. Butollo gibt in diesem Zusammenhang kritisch zu bedenken, daß psychosoziale Streßfaktoren noch keine Kriterien einer objektiven Wissenschaft bilden. Was fehlt, sind Untersuchungen.

Die Beantwortung der Fragebögen beweist, daß Psychotherapie, Atem/Entspannungstherapie und Autogenes Training als z.T. unterschiedliche Therapieformen verordnet wurden, die aber nach der dargelegten Literaturmeinung unter den Oberbegriff Psychotherapie zu subsummieren sind.

Zu fragen ist vor allem, welche Persönlichkeitsmerkmale signifikant mit der verordneten Psychotherapie korrelieren, vor allem welche Berufe hier zu finden sind, welche Persönlichkeitsfaktoren vom Arzt festgehalten worden sind, welcher Kureffekt (z.B. weniger Schlafstörungen) festzustellen ist, welche Kurmaßnahmen kombiniert worden sind. Psychotherapie wurde fast ausschließlich in Klinik 2 verordnet und hier wiederum in über 80 % der Fälle Frauen von unter 39 Jahren bis 50 Jahren. Diese Patientengruppe hatte überwiegend mittlere Reife (55,6 %) und mit 66,7 % ist sie in einem Beruf tätig, der Lehre +Qualifikation verlangt. Nimmt man die Patientengruppe, die Atem/Entspannungstherapie verordnet bekommen hat, hinzu, so wird dieses Bild nur bestätigt. Hier hatten 86,6 % einen Hauptschulabschluß, bzw. die mittlere Reife und hatten ihre Berufsausbildung mit einer Lehre bzw. mit einer Zusatzqualifikation abgeschlossen. Gerade diese mittlere berufliche Situation, die den Aufstieg aufgrund fehlender schulischer bzw. beruflicher Ausbildung evtl. verhindert, könnte ein Indikator für berufliche Unzufriedenheit sein. Die Angaben sind aber nicht aussagefähig genug, um das mit letzter Konsequenz behaupten zu können. Zudem werden Probleme im Beruf kaum als Kurgrund aufgeführt, ebenso wenig Probleme in der Familie. Mit 88,9 % wird eindeutig psychische Erschöpfung als Kurgrund genannt, ohne

aber die Gründe für diese psychische Erschöpfung zu nennen. Als Kurgrund bei der Atem/Entspannungstherapie wird zudem noch physische Erschöpfung genannt. Interessant ist noch, daß weder Gesundheitsvorsorge mit der Kur betrieben werden sollte noch Erholung gesucht wurde. Daß eine Art psychische Erschöpfung vorgelegen haben muß, wird durch die Einschätzung des Patienten mit Psychotherapie durch den Arzt bestätigt. In der Hälfte der Fälle bezeichnet er den Patienten als depressiv bzw. dissimulierend. Im Kurverlauf zeigen sich in bezug auf den psychischen Eindruck, den der Arzt vom Patienten hat, keine den bisher untersuchten Therapieformen vergleichbaren überdurchschnittlich positiven Kureffekte. Es findet zwar eine Verschiebung zugunsten "unauffällig" statt, allerdings sind nach der 4. Kurwoche immerhin noch 33,3 % der mit Psychotherapie behandelte Patienten depressiv.

Tabelle 15

Psychischer Eindruck (%)

	1.	2.	3.	4. Woche
unauffällig	33	44	55	55
geordnet	11	11	11	11
dissimulierend	22	22	-	-
aggravierend	-	-	-	11
antriebsgesteigert	11	11	11	22
antriebsgehemmt	11	11	-	-
depressiv	44	33	33	33

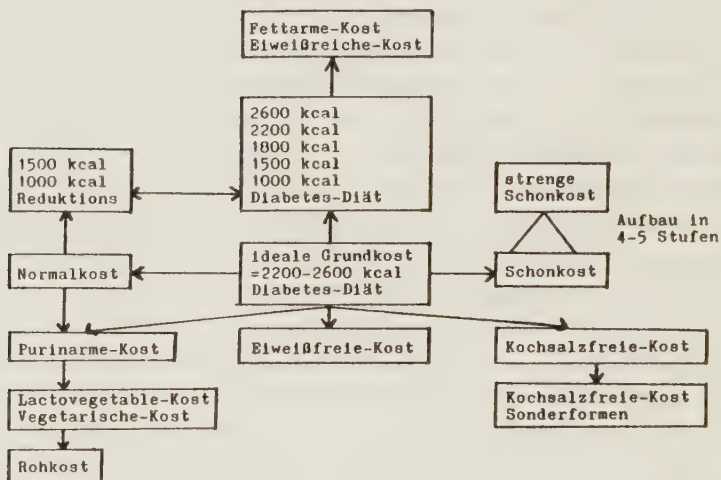
Nach Kurende wurde den Patienten insbesondere mehr Bewegung angeraten, nicht aber - und das ist unter Zugrundelegung der Risikofaktorendiskussion interessant - weniger Streß. Den depressiv eingeschätzten Patienten wird darüber hinaus eine weitere ärztliche Behandlung und weiter Psychotherapie empfohlen. Die Psychotherapie bzw. Atem/Entspannungstherapie wurde vor allem in Kombination mit Hydrotherapie und Medikamenten verordnet.

2.3. Diätetik

Bedenkt man, daß mit dem 50. Lebensjahr etwa die Hälfte aller Frauen und etwa 1/3 aller Männer übergewichtigt sind, und weiterhin, das 51% der Todesfälle auf ernährungsabhängige Krankheiten zurückzuführen sind,³⁵ so stellt gerade die Diätetik im Rahmen präventiver Maßnahmen ein überaus notwendiges Therapeutikum dar. Zusätzlich ist zu beachten, daß amerikanische Untersuchungen herausgefunden haben, daß 77% der untersuchten Übergewichtigen zusätzlich eine oder mehrere Stoffwechselstörungen und einen Bluthochdruck zu verzeichnen hatten. Von daher gewinnt die Ernährungsbehandlung am Kurort für die Gesundheitsvorsorge mehr und mehr an Bedeutung, d.h. daß vor allem präventive Gesichtspunkte der Ernährungsbehandlung von herausragender Bedeutung sind. Hierbei gilt es zu beachten, daß die unkomplizierte Fettsucht allein keinen Risikofaktor darstellt.³⁶ Lebensverkürzend wirkt sie erst durch die Folgeerscheinungen: Hochdruck, Varizen, Diabetes mellitus, Gicht, Fettstoffwechselstörungen, Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit usw.. Kirschner geht davon aus, daß der Grundumsatz des Adipösen normal ist, der Leistungsumsatz läßt keine Abweichung von der Norm erkennen. Fettsucht ist danach lediglich eine Störung in der Bilanz zwischen Energieaufnahme und Energieverwertung, deshalb in erster Linie ein Problem des Verhaltens "Fettsucht ist das Symptom im Regelkreis Mensch-Umwelt, der nicht funktioniert, nicht im Gleichgewicht ist."³⁷ Vor allem situative Reize und kognitive Bedingungen des Eßangebotes steuern das Appetitverhalten Übergewichtiger. Ihr Hunger oder Sättigungserleben bei der Nahrungsaufnahme wird vorwiegend von der Umwelt, weniger von physiologischen feed-back-Mechanismen gesteuert; "daß für den Fettleibigen der innere physiologische Zustand irrelevant ist und der Akt der Nahrungsaufnahme sehr weitgehend durch äußere Faktoren bestimmt wird."³⁸ "Die Dissoziation zwischen Hunger und Appetit als Zivilisationsschaden ist die Hauptursache der Fettsucht."³⁹ Zusammenfassend ist festzuhalten, daß in Anlehnung an Bofinger⁴⁰ Übergewicht mit 79,5% den 1. Rang in der Risikofaktorenhierarchie einnimmt, gefolgt von Hypercholesterinämie 58,5%, Hypertonie 54,5%, Nikotin 34,5% und Diabetes mellitus 11,5%. Allerdings muß hierbei beachtet werden, daß "in allen statistisch ausreichend besetzten Altersgruppen ab 41 Jahren die Herzinfarktpatienten gegenüber der Gesamtpopulation signifikant untergewichtig waren."⁴¹ Fast einhellig wird in der Literatur die Meinung vertreten, wenn eine ernährungstherapeutische sinnvolle Behandlung als längerfristige Gesundheitssicherung

anzusetzen ist, daß man weniger zu einer Fastenkur bzw. 0-Diät rät, sondern zu einer idealen Grundkost.

Abb. 31 Diätplan nach 42



Prinzip der Austauschdiät in einer Kurklinik. Die angegebenen Kalorien-
zahlen bedeuten Durchschnittswerte pro Tag.

Insbesondere für Adipöse mit mehr als 10 % Übergewicht nach Broca empfiehlt Rempel eine 1000 Kilo-Kalorien-Reduktionskost, die seiner Meinung nach hauptsächlich auf Fettstoffwechselstörungen normalisierend wirkt, das Übergewicht günstig beeinflusst und die Kreislaufdynamik bzw. die körperliche Leistungsfähigkeit sowie die subjektive Symptomatik verbessern kann. Unter den Bedingungen konnten Rempel et.al.⁴³ als Kur-effekt eine höhere Steigerung der körperlichen Leistungs-fähigkeit nachweisen, zudem eine wesentlich stärkere Abnahme der Schlafstörungen. Insgesamt muß jedoch mitbedacht werden,

daß eine Normalisierung des Körpergewichtes im Verlauf von Terrainkuren auch ohne Ernährungs Einschränkung bewirkt werden kann. "Durch die physikalische Therapie im Rahmen der aktivierenden Kurbehandlungen (wird) eine Normalisierung des Körpergewichts erzielt, und zwar ohne eigens verordnete diätetische Maßnahmen."⁴⁴ Schwankungen des Körpergewichts im Kurverlauf erklärt diese Forschungsgruppe als reaktiv-periodische Vorgänge der vegetativen Gesamtumschaltung. Die Normalisierung des Körpergewichtes ist scheinbar eine unbeabsichtigte Folge des angestrebten therapeutischen Ziels der vegetativen Gesamtumschaltung. Sie ist eine "unspezifische Begleitreaktion" neben der aktivierenden Therapie, die als Leistungssteigerung einen funktionellen Adaptionsprozeß bewirken kann. Allerdings fordert auch Rompel eine dauerhafte Umstellung der Ernährung, "die auf der guten Motivation des Patienten beruhen muß." Sie kann herbeigeführt werden

1. durch Einzelberatung
2. durch Gruppenberatung
3. durch ein Diätpraktikum im Lehrküchenbetrieb.

Neben Rompel fordert auch Lühr eine Reduktion der Kochsalzzufuhr, um damit zusätzlich hypotensive Effekte zu erzielen.

Zudem fordert Mertz eine sogenannte 'vernünftige Diät'." ... die Aussagekraft unserer Befunde stützt sich vor allem auf die Tatsache, daß in unserer Klinik grundsätzlich weder Butter noch andere Fette mit einem hohen Gehalt an gesättigten Fettsäuren und Cholesterin als Streich- und Kochfette verwendet werden, sondern nur solche mit einem standardisierten hohen Anteil an mehrfach ungesättigten Fettsäuren (becel-Margarine, becel-öl)".⁴⁵ Ziel dieser "vernünftigen Diät" sollte sein, vor allem Patienten mit enzymatisch bestimmten Serumcholesterinkonzentrationen von über 250mg/100ml bei wiederholter Messung diätetisch zu behandeln und solche mit Werten über 300mg/100ml zusätzlich medikamentös zu behandeln.⁴⁶

Seiner Meinung nach ist das geringste aterio gene Risiko unter 200mg/100ml Serumcholesterinkonzentration und des Serumtriglyzeritspiegels unter 100mg/100ml gegeben.

In diesem Zusammenhang gibt Ahrens⁴⁷ kritisch zu bedenken, daß fett- und cholesterinarme Ernährung weder vernünftig noch durchführbar ist und wahrscheinlich auch nicht zu einer verminderten Inzidenz arteriosklerotischer Krankheiten führt. Aufgrund der noch vorliegenden wissenschaftlichen Zweifel hält er es für unverantwortlich, Ernährungsempfehlungen zu geben, die sich auf fett- und cholesterinarme Kost beziehen. Seiner Meinung nach kann die Inzidenz der KHK selbst abnehmen, sobald die Bevölkerung eine Lebensweise annimmt, die durch Reduktion des Zigarettenrauchens und ein reduziertes Körpergewicht gekennzeichnet ist. Eine Grundaussage ist jedoch fast einhellig in der Literatur zu finden, "je langsamer - aber dafür gleichmäßig, stetig und dem gewohnten Tagesablauf angepaßt- die Gewichtsreduktion erfolgt, umso leichter wird sie vom Patienten ertragen."⁴⁸ Als zusätzliche Maßnahme wird von einigen Autoren eine psychotherapeutische Führung und Beratung empfohlen. "Ziel der Behandlung muß es aber sein, den Patienten durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen von der Fremdkontrolle zur Selbstkontrolle des Appetitverhaltens anzuleiten."⁴⁹ Sein Therapie vorschlag geht von

1. der Umgewöhnung des Appetitverhaltens über
2. das Erlernen des Kalorienzählens bis hin
3. zum Üben der Selbstkontrolle des Eßverhaltens.

Grundlage dieser Überlegung ist die "Psycho-Diät" des amerikanischen Ehepaares Paerson.⁵⁰ Sie gehen davon aus, daß die Nahrungsaufnahme nicht nur Ernährung bedeutet, sondern auch Genuß. Wenn man von daher Genuß als Nebenwirkung der Therapie ausschaltet, scheint ein Langzeiterfolg verhindert

zu werden. Bei ihrer Behandlungsmethode dürfen die Patienten alles essen, was sie möchten, allerdings unter Zugrundelegung des erwähnten Therapieprogramms. Verhaltenstherapie geht davon aus, daß das Eßverhalten zu einem erheblichen Teil durch die Auslöserreize der Umgebung bestimmt wird. In seiner Untersuchung bestätigt Dumpert⁵¹ z.B., daß das Übergewicht bei Kindern durch das Erziehungsverhalten der Mütter bestimmt wird. Auch Ferstl, de Jong und Brengelmann⁵² führen das Übergewicht u.a. auf Umweltbedingungen zurück, das von daher zudem reduziert werden kann über Eßvorschriften, schriftliche Kontrakte, Programmierung der sozialen Umgebung, verdeckte Sensibilisierung u.a.. Sie fordern

1. das Essen von anderen Aktivitäten zu trennen
2. hochkalorische Nahrungsmittel aus dem Weg zu räumen oder unerreichbar zu machen
3. Eßportionen so aufzubauen, daß sie größer erscheinen als sie sind
4. langsam zu essen und Essensreste auf dem Teller liegen zu lassen
5. das Nahrungsangebot auf dem Tisch klein zu halten

Verhaltenstherapie stellt nicht nur eine Therapie zur Reduktion des Übergewichtes dar, sondern ist zudem auch Streßmanagement, Antiraucherprogramm und Alkoholabusustherapie.

"Die Vorteile der Verhaltenstherapie sind nicht übersehbar. Sie ist nicht nur die derzeit wirksamste therapeutische Maßnahme, sie ist auch leicht und in großen Gruppen anwendbar, kann im persönlichen Kontakt, ebenso wie durch Briefkontakt angewandt werden, ist sehr leicht den individuellen Bedürfnissen anpaßbar, kann ohne weiteres mit anderen Therapieformen verbunden werden."⁵³

In unserem Zusammenhang ist insbesondere zu klären, ob Diät mit Reduktion des Körpergewichtes einhergeht, wann (Körpergewicht bei Eingangsdiagnose) Diät verordnet worden ist, welche Serumcholesterinspiegelveränderungen zu konstatieren sind, mit welchen anderen Therapiemaßnahmen Diät verordnet

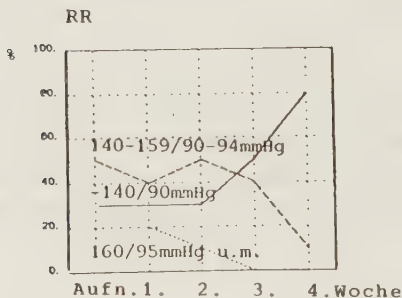
worden ist, d.h. ob notwendigerweise Diät und Bewegungstherapie direkt zusammen verordnet worden ist, ob es altersspezifische Unterschiede gibt bzw. geschlechtsspezifische. Allerdings müßte auch überprüft werden, ob eine Reduktion des Körpergewichts bzw. eine Normalisierung auch ohne Diät herbeigeführt worden ist.

In den beiden untersuchten Kliniken wurde Diät in der Mehrzahl der Fälle mit Bewegungstherapie und mit Physiotherapie verordnet. Sie wurde durch alle Altersgruppen hindurch verordnet, wenn auch insgesamt sehr wenig. Hier wird deutlich, daß der Risikofaktor Übergewicht nicht einen herausragenden Kurgrund darstellt: Mit 100 % hatten alle die diätischen Maßnahmen befolgt. In bezug auf den Blutdruck, den Serumcholesterinspiegel und insbesondere die Gewichtsreduktion konnten eindeutig positive Kureffekte erzielt werden.

1. Veränderung des Blutdrucks

Bei Aufnahme waren 20 % übergewichtige Patienten mit einem zu hohen Blutdruck zu finden, bei Entlassung hatte niemand mehr einen zu hohen Blutdruck. Dagegen hatten 80 % bei Entlassung einen normalen Blutdruck.

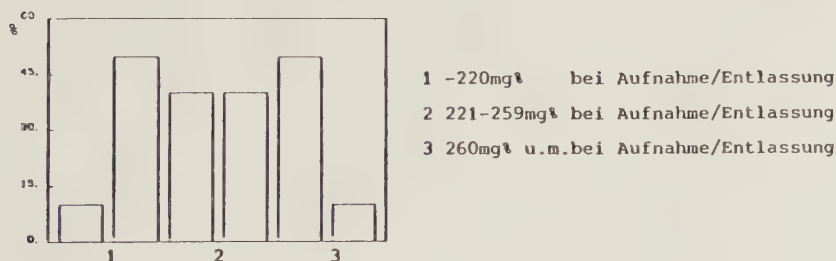
Abb. 32 Blutdruckveränderung unter Diät



2. Veränderung des Serumcholesterinspiegels

Auch die Serumcholesterinwerte haben sich im Kurverlauf normalisiert. Bei Aufnahme hatten nur 10 % einen Cholesterinwert von unter 220mg% bei Entlassung waren es 50 %. Statt dessen hatten bei Aufnahme 50 % einen Wert von über 260mg%, bei Entlassung nur noch 10 %. Diese Besserung ist in dieser Deutlichkeit nur unter Diät festzustellen, wenn auch bei anderen untersuchten Therapieformen eine Normalisierung erreicht werden konnte.

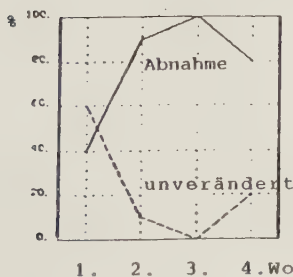
Abb. 33 Serumcholesterinspiegelveränderung unter Diät



3. Gewichtsveränderung

Der eindeutig positivste Kureffekt diätischer Maßnahmen kann an der Gewichtsveränderung abgelesen werden. Schon nach einer Kurwoche haben 40 % ihr Gewicht reduzieren können. Niemand hat in diesem Zeitraum zugenommen. In der 3. Kurwoche haben sogar 100 % abgenommen.

Abb. 34 Gewichtsveränderung unter Diät



Von daher ist es sehr erstaunlich, daß nur 70 % einen guten Kurerfolg bescheinigt bekommen haben und sogar 10 % einen schlechten Kurerfolg. Gründe für diese Diskrepanz können nur in den Behandlungskombinationen gesucht werden bzw. hier mag die Langfristigkeit der Wirkungen in Zweifel gezogen sein.

Als weitere Therapievorschläge wurden insbesondere mehr Bewegung und Diät genannt.

2.4. Klimatherapie bzw. Klimatologie

Gerade bei funktionellen Herz-Kreislaufstörungen wird die Klimatherapie als Komplementrtherapie empfohlen. Grundlage ist hier die Erkenntnis, "daß Wettervorgänge ganz besonders auf das vegetative Nervensystem wirken."⁵⁴ Zur Klimatherapie eignen sich insbesondere Kurorte mit Mittelgebirgsklima, mit vorwiegend milden Reizwirkungen. Das Mittelgebirgsklima eignet sich insofern deshalb, weil in 800 m Höhe lediglich 5 Tage p.a. mit thermisch belastender Situation im Gegensatz zum Flachland, das mit 31 Tagen entschieden höhere thermisch belastende Situationen aufzuweisen hat, zu finden sind.⁵⁵ Die ärztlich geleitete Klimakur hat vor allem auf den Hypertoniker positive Wirkungen dahingehend, daß während einer mehrwöchigen Kur der Blutdruck abfällt, die Ökonomie der Herzarbeit besser wird und die Leistungsfähigkeit insgesamt zunimmt.⁵⁶ Darüber hinaus sieht auch Deschwanden positive Wirkungen bei Herz-Kreislaufpatienten allgemein. Der Hhenaufenthalt allein ist präventivmedizinisch wirksam und zwar auch ohne Kombination mit anderen Kurmitteln bzw. Kurmaßnahmen, allein aufgrund der besseren Ausnutzung des Sauerstoffes und des Einsatzes anderer Energiequellen. Erfolg oder Mißerfolg einer Klimakur ist vor allem an der vegetativen Struktur des Patienten ablesbar. Und gerade das vegetative Nervensystem des Menschen wird primär durch das Klima beeinflugt. Bei der Indikation einer Klimakur muß allerdings die Wahl des Kurortes sorgfältig erfolgen, denn es muß berücksichtigt werden, daß ältere Patienten stufenförmig aklimatisiert werden müssen, da es zu Beginn einer Höhenanpassung zu einer Erhöhung des Sympathikotonus kommt. Zudem

sollte die Jahreszeit als integrierender Faktor in die Planung einer Kurortbehandlung einbezogen werden. Die Indikation muß abhängig gemacht werden von den starken bzw. weniger starken gewünschten Reizeffekten. Bei der Wahl des Kurortes sollte allerdings mitbedacht werden, daß man den Patienten in ein für ihn ungewohntes Kurklima versetzt und nicht in die Nachbarschaft eines Heimatortes, denn "die Klimabehandlung allein ist schon Komplextherapie."⁵⁷ Die Klimakur kann durch Kombination mit körperlicher Belastung, d.h. durch Bewegungstherapie, intensiviert werden. "Der Höhenkurort muß deshalb nicht nur über Spazierwege und Tennisplätze verfügen, sondern mindestens über geeignete Berg- und Skiwanderwege (mit bekannten Leistungsforderungen), über Schwimmbad, Vita-Parcours und Langlaufloipen. Radfahren und Rudern wird wohl nur einzelnen Kurorten reserviert bleiben."⁵⁸ Durch ein angemessenes körperliches Training in der mittleren Höhe werden der Adaptionsprozeß verkürzt, die Sauerstoffausnutzung, die Leistungsfähigkeit, der Energiestoffwechsel und die Ausdauer verbessert. Zudem können psychologische Mechanismen zu einer stärkeren positiven Motivation beitragen und können synergetisch und verstärkend wirken. Deschwanden empfiehlt insbesondere 30-50 jährigen einen präventivmedizinischen Höhenaufenthalt, lediglich unter günstigen Voraussetzungen auch Älteren allerdings nur unter entsprechender Dosierung wirksamer Reize. Zudem können Gesundheitsseminare den Kurerfolg sichern helfen. Jedoch muß hier die Frage gestellt werden, ob man so nicht verstärkt für einen präventivmedizinischen Urlaub bzw. präventivmedizinische Ferien und weniger für eine präventivmedizinische Kurortbehandlung plädiert. Zudem gibt Ott⁵⁹ kritisch zu bedenken, daß im therapeutischen Bereich eindeutiges Wissen über vegetative, kardiozirkulatorische Sofort- und Langfristeffekte noch nicht vorliegt. Forschung als Grundlagen- und Therapieforshung samt Effizienzkontrolle kann hier seiner Meinung nach Abhilfe schaffen, um

die Klimatherapie auch zukünftig im präventivmedizinischen Bereich erfolgreich einsetzen zu können.

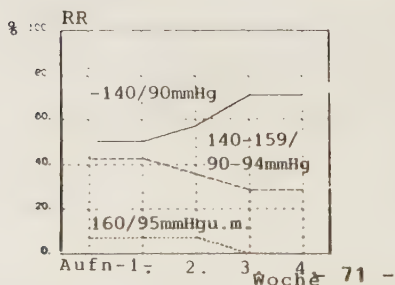
Da Klimatherapie nur in Klinik 1 (Höhenluftkurort) verordnet worden ist, muß hier insbesondere die Frage gestellt werden, welche Altersstruktur die Patienten in Klinik 1 aufweisen, welche positiven aber auch negativen Kureffekte festgestellt werden können, welche Therapiekombikationen verordnet worden sind.

Trotz der Empfehlung Deschwandes, Klimatherapie in erster Linie 30-50jährigen zu verordnen, zeigt das Untersuchungsergebnis eindeutig, daß die Mehrzahl der so behandelten Patienten (64,3%) über 60 Jahre alt waren. Von daher muß grundsätzlich die Frage aufgeworfen werden, ob unter dieser Altersstruktur überhaupt positive Kureffekte erzielt werden konnten. Nimmt man die Blutdruckveränderung, die Cholesterinwerte und die Gewichtsveränderung erneut als Parameter, so kann hierbei im Vergleich zu den anderen Kurmaßnahmen der Kureffekt meßbar gemacht werden.

1. Veränderung des Blutdrucks

Obwohl Klimatherapie hauptsächlich bei normalem Blutdruck bzw. nur leicht erhöhtem Blutdruck (trotz des hohen Alters!) indiziert wurde, kaum jedoch bei Hypertonie, wie es Deschwanden vor allem empfiehlt, zeigt im Kurverlauf eine zunehmende Normalisierung der Blutdrücke. In der 3. und 4. Kurwoche ist kein Patient mehr mit zu hohem Blutdruck zu finden, selbst die erhöhten Werte konnten zugunsten einer eindeutigen Zunahme normaler Werte verschoben werden.

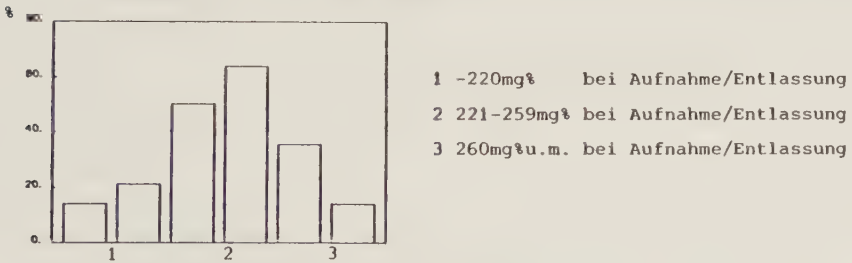
Abb. 35 Blutdruckveränderung unter Klimatherapie



2. Veränderung des Serumcholesterinspiegels

Die Cholesterinwertveränderung ist im Vergleich zu den anderen Kurmaßnahmen weniger positiv zu beurteilen. Die hohen Werte über 260mg% konnten zwar zugunsten mittlerer Werte verschoben werden, normale Werte konnten jedoch nicht in der Mehrzahl der Fälle erreicht werden. Allerdings gilt es hierbei wiederum die Altersstruktur der Patienten in Klinik 1 mit Klimatherapie mitzubedenken, von daher kann auch hier mit einer gewissen Einschränkung von einer Normalisierung gesprochen werden.

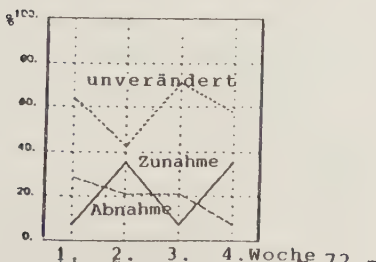
Abb. 36 Serumcholesterinspiegelveränderung unter Klimatherapie



3. Gewichtsveränderung

Klimatherapie hat nach den vorliegenden Ergebnissen kaum Einfluß auf das Gewicht. In der Mehrzahl der Fälle konnte das Gewicht gehalten werden, allerdings ist außergewöhnlich, daß in der 2. und 4. Kurwoche eine überaus große Gewichtszunahme zu verzeichnen ist.

Abb. 37 Gewichtsveränderung unter Klimatherapie



Klimatherapie wurde in Kombination mit Bewegungstherapie und Physiotherapie verordnet. Entsprechend den dargelegten Ergebnissen und trotz eines 100% kurgemäßen Verhaltens wird den Patienten nur in 57% der Fälle ein guter Kurerfolg bescheinigt.

Anmerkungen (Kurmaßnahmen)

- 1 Kirschner, Chr., Die Badekuren, ihre therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen der medizinischen Disziplinen, a.a.O., S.130
- 2 Schnizer, W., et al., Zum Bewegungstraining im Kurort, a.a.O., S. 106
- 3 vgl. Zipp, H., Kurorttherapie von Herz- und Kreislauferkrankungen, a.a.O.
- 4 Rost, R., Körperliches Training als Therapieprinzip bei Störungen der Blutdruckregulation (Hypertonie und Hypotonie), a.a.O., S.54
- 5 vgl. Schnizer, W., et al., a.a.O.
- 6 Hüllemann, K.D., Möglichkeiten und Grenzen der Bewegungstherapie, a.a.O., S. 236
- 7 vgl. Zipp, H., a.a.O.
- 8 vgl. Deschwanden, P.v., Präventivkuren in mittleren Höhen in der Schweiz, a.a.O.
- 9 Hüllemann, K.D., a.a.O., S.235
- 10 vgl. Zipp, H., a.a.O.
- 11 Posse, P., Bewegung als Teilfaktor der Kurorttherapie, a.a.O.
- 12 ebda., S.122
- 13 vgl. Schnizer, W., et al., a.a.O.
- 14 vgl. Zipp, H., a.a.O.
- 15 Lühr, H., a.a.O., S.40f
- 16 In einem Vergleich zwischen Kurklinik und Kurheim haben Breithaupt et al. festgestellt, daß unter Kurheimbedingungen ein größerer Leistungszuwachs zu verzeichnen ist. Das strengere Kurklinik-Therapiekonzept bewirkt weniger Eigeninitiative. Eine gesundheitsbewußtere Eigeninitiative ist von daher mit größeren Freiräumen (Kurheim) verbunden. vgl. Breithaupt, H. et al., Vergleichende Untersuchung über den Kureffekt der aktivierenden physikalischen Therapie bei sogenannten offenen Heilverfahren im Vergleich zu kurklinischen Heilverfahren, a.a.O.
- 17 Lühr, H., a.a.O., S.228
- 18 vgl. Ott, V.R., Zur Stellung der Balneologie und Bioklimatologie in der Medizin - heute und morgen, a.a.O.
- 19 Lühr, H., a.a.O., S.91
- 20 vgl. Zipp, H., a.a.O.
- 21 vgl. Ott, V.R., a.a.O.
- 22 vgl. ders. und Lühr, H. a.a.O., S.83ff
- 23 vgl. Lühr, H., S.98

- 24 Brüggemann, W., Kneipptherapie im Kurort bei Kreislaufbeschwerden, a.a.O., S.153
- 25 ebda., S.154
- 26 Halhuber, M.J., Diskussionsbeitrag in: ders. (Hrsg.), Psychosozialer "Stress" und koronare Herzkrankheiten 2, a.a.O., S.224
- 27 ebda., S.260
- 28 vgl. Müller, W., Hauss, F., Der Stellenwert der Herzinfarkt-Risikofaktoren unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten, a.a.O.
- 29 Schaefer, H., Umweltänderung als Prävention, a.a.O., S.270
- 30 vgl. Katzensteiner, M., Klinisch-psychologische Arbeiten mit Kurgästen, a.a.O., und Lepper, M., 25 Jahre Erfahrung mit dem autogenen Training, a.a.O.
- 31 Jung, K., Transzendente Meditation (TM) in Prävention und Therapie, a.a.O., S.138f
- 32 Hüllemann, K., Zur Frage der Vermeidung der Stressreaktion durch körperliche Aktivität, a.a.O., S.98
- 33 vgl. Egger, J., Ein pragmatisches Kurverfahren zur Reduktion spontaner affektiver Belastungen, a.a.O.
- 34 vgl. Maas, M. Verhaltenstherapie: "Stressbewältigung", a.a.O.
- 35 vgl. Rempel, Chr., Praktische Aspekte der Ernährungstherapie in einer Kurklinik, a.a.O. und Mertz, D.P., Bedeutung der Erkennung und der diätetischen Behandlung von Hyperlipoproteinämien unter Kurpatienten, a.a.O., Einer Pressemitteilung vom 05.01.1984 (F.A.Z., S.8) zu Folge ist Fettsucht auch in der DDR ein Risikofaktor für die Volksgesundheit. Allein 5-8 % der Kinder sind in der DDR übergewichtig, in einigen Altersgruppen sogar bis zu 30 %.
"Unter Gesichtspunkten der Ökonomie zwingt allein 1 % Übergewicht der Bevölkerung dazu, 'zusätzlich dafür im Jahr etwa 42.000 Hektar landwirtschaftliche Nutzfläche zu bestellen.'" Energische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -erziehung werden gefordert.
- 36 Kirschner, Chr., Fettsucht als Verhaltensstörung, a.a.O., S.59
- 37 ebda.
- 38 ebda., S.61
- 39 ebda., S.63
- 40 zitiert bei Lühr, H., a.a.O., S.33
- 41 zitiert ebda., S.33
- 42 aus: Rempel, Chr., Praktische Aspekte, a.a.O., S.49
- 43 vgl. Rempel, Chr. et al., Der normalisierende Einfluß der aktivierenden Kurbehandlung auf das Körpergewicht, a.a.O.

- 44 ebda., S.36
- 45 Mertz, D.P., a.a.O., S.292
- 46 ebda., S.293
- 47 vgl. Ahrens, E.H., Nahrungsfette und koronare Herzkrankheit: vieles ist noch offen, a.a.O.
- 48 Lühr, H., a.a.O., S.36
- 49 Kirschner, Chr., Fettsucht, a.a.O., S.64
- 50 zitiert bei ebda.
- 51 vgl., Dumpert, H.-D., Übergewicht im Kindesalter, a.a.O.
- 52 vgl., Ferstl, R. et al., Verhaltenstherapie des Übergewichts, a.a.O., zudem sind vom IFT (Institut für Verhaltenstherapie) Manuale zur Gewichtskontrolle erarbeitet worden, vgl. IFT, Abnehmen ohne Zwang, a.a.O., und IFT, Übergewichtsprogramm, a.a.O.,
- 53 Brengelmann, J.C., Methoden zur Beeinflussung des Rauchens, des Übergewichts und der Bewegung, a.a.O., S.372
- 54 Lühr, H., a.a.O., S.222
- 55 vgl. Zenker, zitiert bei Lühr, H., a.a.O., S.222
- 56 vgl. Deschwanden, P.v. a.a.O., S.356
- 57 Lühr, H., a.a.O., S.25
- 58 Deschwanden, P.v., a.a.O., S.358
- 59 vgl. Ott, V.R., a.a.O.

IV. Diskussion

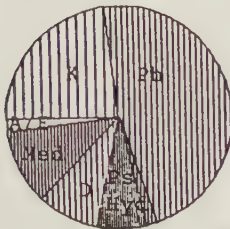
1. Unterschiede zwischen den Kurkliniken

Alle 64 in Selbst- und Fremdeinschätzung untersuchten Kurpatienten entsprachen dem "Krankheitsbild" der "vegetativen Dystonie" bzw. leichter Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Risikofaktoren Übergewicht, Rauchen und Bewegungsmangel waren nicht in der Mehrzahl der Fälle die Kurgründe. Statt dessen lagen eher Hypertonie bzw. Grenzwert-Hypertonie und erhöhte Serumcholesterinwerte vor. Zudem wurden von den Patienten noch physische Erschöpfung und - vor allem in Klinik 2 (BfA-Klinik hoher Frauenanteil!) - gestreßt als Kurgrund genannt. Prävention bzw. Erholung war nur in Klinik 1 (Privatsanatorium) z.T. ein Kurgrund. Das von Kulpe¹ ermittelte repräsentative Kurpatientenbild (68% der Patienten sind zwischen 41 und 60 Jahren alt, 14% über 60 Jahre, 16% zwischen 31 und 40 Jahre und 5% jünger als 30 Jahre alt) kann nur näherungsweise in Klinik 2 gefunden werden. In Klinik 1 waren ca. 90% 50 Jahre und älter. Die bisherigen Kuraufenthalte bestätigen zudem diesen Unterschied. In Klinik 2 waren 59,4% zum ersten Mal zur Kur (Kulpe 40%), wohin gegen in Klinik 1 die Mehrzahl (65,7%) (Kulpe 16%) schon mehr als dreimal zur Kur war. Die Behandlung dieser Patienten wurde in den beiden untersuchten Kliniken mit z.T. vollkommen unterschiedlichen Therapieformen durchgeführt. Der herausragendste Unterschied ist vor allem in der Indikation der Klimatherapie (nur Klinik 1) und der Psychotherapie (nur Klinik 2) festzumachen. Zudem werden auch die anderen Therapieformen in unterschiedlichen Kombinationen indiziert. Allein in der Verbindung Bewegungstherapie mit anderen Kurmaßnahmen wird eine Differenz zwischen den Kliniken sichtbar. In Klinik 1 wurde Bewegungstherapie vor allem mit Klimatherapie und Physio/Elektrotherapie verordnet, in Klinik 2 dagegen überhaupt nicht mit Klimatherapie, dafür aber hauptsächlich mit Hydrotherapie.

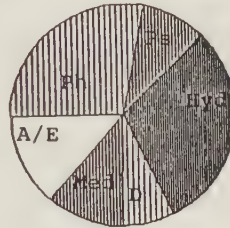
Die beiden Abbildungen zeigen deutlich die unterschiedliche Gewichtung der Bewegungstherapie in Kombination mit den anderen Therapieformen.

Abb. 38

Bewegungstherapie in Kombination mit anderen Therapieformen



Klinik 1



Klinik 2

	Klinik 1		Klinik 2	
Bewegungstherapie in Kombination mit:	n=56 = 100,0%		n=53 = 100,0%	
Klimatherapie(K)	13	23,2%	0	0,0%
Physio/Elektroth.(Ph)	26	46,4%	15	28,3%
Psychotherapie(Ps)	1	1,8%	5	9,4%
Hydrotherapie(Hyd)	4	7,2%	16	30,2%
Diät(D)	5	8,9%	4	7,5%
Medikamente(Med)	6	10,7%	6	11,3%
Atem/Entspannungstherapie(A/E)	1	1,8%	7	13,2%

In Anlehnung an Wannenwetsch² sind bei einer Kurerfolgsbeurteilung insbesondere medizinische, ökonomische, soziale und psychologische Faktoren zu berücksichtigen. Seiner Meinung nach gibt es bislang fünf theoretische Möglichkeiten, den Kurerfolg zu messen:

1. Nachuntersuchung
2. Interview oder Fragebogen
3. Arbeitsunfähigkeit vor und nach der Kur
4. Behandlungskosten vorher und nachher
5. Verhütung oder Wegfall einer Rente.

Die vorliegenden Ergebnisse sind mit Hilfe der zweiten Möglichkeit - Fragebogen über vier Wochen - erhoben worden. Von daher sind eindeutig über festgelegte Beurteilungskriterien (z.B. RR, Gewicht und Serumcholesterinspiegel)³ die Therapie-maßnahmen im Hinblick auf die erzielten Kureffekte festzulegen, der Kurerfolg wurde zusätzlich über die Beurteilung des Arztes (gut, mittel und schlecht) am Ende der Kur bzw. über die Selbsteinschätzung des Kurpatienten (wie fühlen Sie sich? besser, schlechter, wie zu Hause, jeweils nach der 1., 2., 3. und der 4. Kurwoche, d.h. am Kurende mit Hilfe eines Fragebogens erfragt. Insgesamt war in beiden Kliniken am Kurende sowohl von seiten der Patienten als auch in der Beurteilung durch den Arzt eine deutliche Besserung des persönlichen Befindens festzustellen bzw. wurde in rund 70% der Fälle der Kurerfolg als gut bezeichnet, die Kur selbst in über 80%. Trotz des hohen Alters des Patientengutes in Klinik 1 wurde hier im Vergleich zu Klinik 2 sowohl das subjektive Befinden, die Kur selbst als auch der Kurerfolg positiver bewertet als in Klinik 2.

In Klinik 1 haben nach vier Wochen 100% der Kurpatienten ihr Befinden mit "gut" angegeben, in Klinik 2 nur 75%. Zudem wurde der Kuraufenthalt insgesamt in Klinik 1 besser bewertet (94% nannten ihn "gut") als in Klinik 2 (87,5%). Das gute Befinden am Kurende korrespondiert insgesamt mit einer Blutdruck-

bzw. Serumcholesterinspiegelnormalisierung in beiden Kliniken. So hatten in Klinik 1 nach vier Wochen 84,4% der Patienten einen normalen Blutdruckwert von unter 140/90mmHg RR. Bei Aufnahme hatten nur 43,7% diesen Normalwert aufzuweisen. In Klinik 2 konnte ebenfalls eine Normalisierung in 87,5% der Fälle bei einem Ausgangsanteil von 62,5% erzielt werden. Der Serumcholesterinspiegel wurde in Klinik 1 nach dem Kuraufenthalt bei 43,8% der Patienten als normal angegeben. Eingangs hatten nur 18,8% einen Wert von unter 220mg% aufzuweisen. In Klinik 2 lag die Normalisierungsrate zwischen 43,8% bei Aufnahme und 65,6% bei Kurende. Zum Teil kann von daher die etwas positivere Beurteilung des Kuraufenthaltes in dem Privatsanatorium im Vergleich zur BfA-Klinik auch über meßbare Parameter belegt werden. Zudem muß bei den oben genannten Parametern bedacht werden, daß über 90% der Patienten in Klinik 1 über 50 Jahre und älter waren. Dieses auf die Altersstruktur bezogene Ergebnis widerspricht der gängigen Literaturmeinung, daß mit zunehmendem Alter der Kurerfolg sinkt.⁴ Die Befragung hat das genaue Gegenteil ermittelt. Allerdings muß mitbedacht werden, daß Klinik 1 ein Privatsanatorium war, die Patienten Selbstzahler waren, d.h. sie waren "opfer-"bereit im Sinne von Halhuber bzw. Tobiasch. Ob das gute Gesamtergebnis von Klinik 1 auf ein stärkeres Gesundheitsbewußtsein, d.h. auf aktivere bzw. motiviertere Mitarbeit schließen läßt, kann nur vermutet, aber nicht mit letzter Konsequenz behauptet werden. Diese Vermutung stimmt jedoch mit den Befunden von Wesiack⁵ überein, der ebenfalls bei privatversicherten Patienten einen im Vergleich zu sozialversicherten Patienten günstigeren Krankheitsverlauf konstatiert, daß seiner Meinung nach privatversicherte Patienten aktiver sind. In einer Untersuchung in einer LVA-Klinik hat Böck⁶ festgestellt, daß unter den LVA-Patienten zwar insgesamt eine "Gesamtzufriedenheit mit dem Kuraufenthalt" zu konstatieren ist, allerdings mit einer "deutlich passiven Grundeinstellung"

zur Kur. Daraus läßt sich die Hypothese formulieren, daß mit höherer Schichtzugehörigkeit ein größeres Gesundheitsbewußtsein, bzw. aktivere Kurmitarbeit vorliegt, die aber mit letzter Konsequenz in eventuellen Folgeuntersuchungen erst bestätigt werden kann. Nicht direkt vergleichbar sind die Ergebnisse von Breithaupt et al.⁷, die in einem Vergleich zwischen offenen Heilverfahren und kurklinischen Heilverfahren eindeutig für das offene Heilverfahren, d.h. für das Kurheim, plädieren. Übertragen auf die vorliegenden Ergebnisse läßt sich daraus nur folgern, daß die lockerere Patientenführung in Klinik 1 im Gegensatz zu dem etwas strengeren Regiment in Klinik 2 das günstige Ergebnis zudem eventuell positiv beeinflußt hat.

Ob dieses Ergebnis zudem in Abhängigkeit gebracht werden kann von den unterschiedlich indizierten Kurmaßnahmen, muß nun im einzelnen analysiert werden.

2. Unterschiede in bezug auf die verordneten Kurmaßnahmen

In mehreren Untersuchungen sind einzelne Kurmaßnahmen im Vergleich analysiert worden. So hat Zipp z.B.⁸ in einer Vergleichsstudie Balneologie und Bewegungstherapie untersucht und eindeutig der Balneotherapie den Vorzug gegeben, da sie seiner Meinung nach größere therapeutische Möglichkeiten in Hinblick auf die vegetative Gesamtumstellung des Kurpatienten bietet. Zudem haben Zipp et al.⁹ in einer weiteren Studie Kureffekte bzw. -erfolg der Psychotherapie im Vergleich zu Autogenem Training bzw. zu den üblichen, konventionellen Kurmaßnahmen (Diät, Bewegungstherapie et al.) zu ermitteln versucht. Hier kommen die Autoren zu dem Schluß, Psychotherapie kann vor allem Dauerbeschwerden langfristig lindern helfen, wie z.B. Kopfschmerzen, Herzbeschwerden und innere Unruhe, nicht aber schlechte Stimmung. Angst wurde dagegen sogar häufiger

nach Kurende als Symptom genannt. Im Vergleich zu den anderen Kurmaßnahmen wurde der Kurerfolg der Psychotherapie - nachträglich über einen Fragebogen ermittelt - mit 75% etwas ungünstiger beurteilt als die konventionellen Kurmaßnahmen. Unabhängig von der Therapieart wurde in 34-46% der Fälle direkt bei Kurende ein Kurerfolg konstatiert.

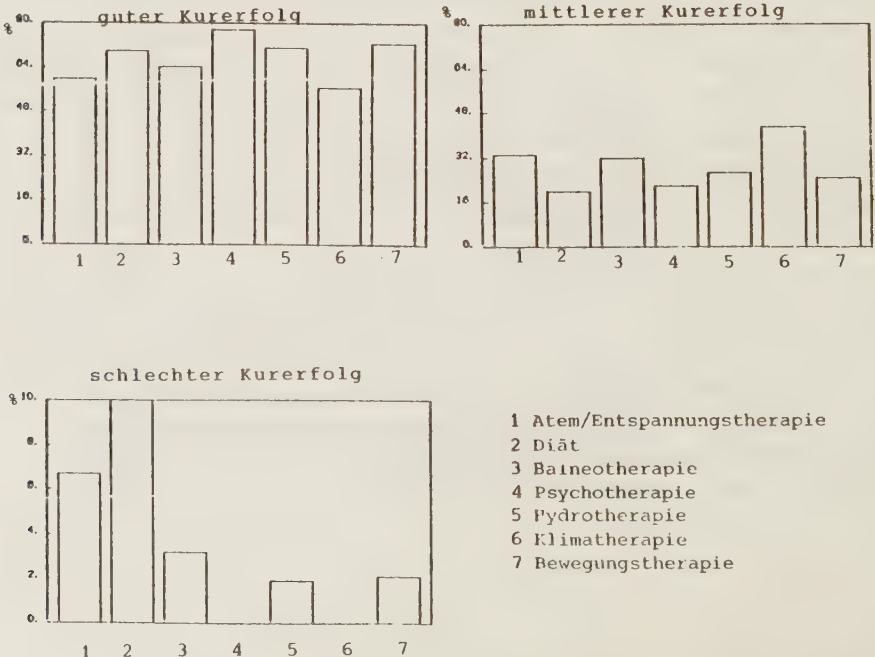
Rangfolge und relative Nennungshäufigkeit bei der katamnestischen Beurteilung der Kurfaktoren in den drei Patientengruppen mit unterschiedlicher Behandlung

Tabelle 16 Beurteilung der Kurfaktoren nach 10		
Gr.I n = 134 (mit Psychotherapie)		
Rangfolge	Kurfaktor	Häufigkeit %
1	Ärztliche Behandlung	43%
2	CO ₂ -Bad/Ausruhen und Abschalten	40%
3	Spazierengehen und Wandern	39%
4	Gymnastik und Sport	34%
5	Psychotherapie	33%
6	Autogenes Training	25%
7	Klima und gute Luft	22%
8	Kontakt mit anderen Menschen	15%
Gr.II n = 155 (mit autogenem Training)		
1	CO ₂ -Bad	52%
2	Gymnastik und Sport	48%
3	Spazierengehen und Wandern	43%
4	Ärztliche Behandlung	41%
5	Abschalten und Ausruhen	34%
6	Klima und gute Luft	25%
7	Autogenes Training	14%
8	Kontakt mit anderen Menschen	12%
Gr.III n = 147 (mit konventionellen Kurm.)		
1	CO ₂ -Bad	52%
2	Gymnastik und Sport/Spazierengehen u. Wandern	48%
3	Ärztliche Behandlung	46%
4	Abschalten und Ausruhen	35%
5	Klima und gute Luft	31%
6	Kontakt mit anderen Menschen	12%

Auffallend ist an diesem Ergebnis, daß in allen drei Patientengruppen (Gr.I = mit Psychotherapie, Gr.II = mit Autogenem Training und Gr.III = mit konventionellen Kurmaßnahmen) eindeutig positiv Hydrotherapie und Bewegungstherapie beurteilt worden sind. Im Gegensatz dazu fallen Psychotherapie, nur an 5. Stelle genannt und Autogenes Training, sogar erst an 7. Stelle, etwas ab. Verstärkt wird dieses Ergebnis noch durch die Ergänzungsfrage, ob bei einer Wiederholungskur Psychotherapie erwünscht sei. Nur 15% wünschten erneut Psychotherapie, dagegen aber 64% Hydrotherapie. Die überwiegende Mehrzahl der Befragten (50,8%) lehnte sogar eine Weiterführung des Autogenen Trainings ab.

Dieses relativ schlechte Ergebnis für die Psychotherapie und das Autogene Training kann in den vorliegenden Ergebnissen keine Bestätigung finden. Vergleicht man die Kur-erfolgsbeurteilung aller Kurmaßnahmen, so ergibt sich folgendes Bild:

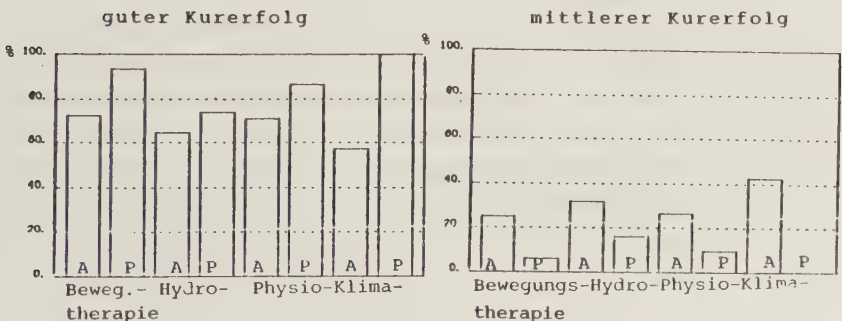
Abb. 39 Kurerfolgsbeurteilung durch den Arzt in Abhängigkeit von den verordneten Kurmaßnahmen



Danach wird der Psychotherapie sogar der eindeutig beste Kur-
erfolg bescheinigt, gefolgt von der Bewegungstherapie, der
Hydrotherapie und der Diät. Vergleicht man hierzu noch die
mittleren bzw. schlechten Kurerfolge, so ist der herausra-
gend schlechte Erfolg der Diät bei 10% der so behandelten
Patienten auffallend. Diese Beurteilung ist umso unverständ-
licher, berücksichtigt man die Normalisierung des Blutdrucks,
und des Serumcholesterinspiegels unter Diät. Die Psychothera-
pie hat im Vergleich hierzu überhaupt keinen schlechten Kur-
erfolg zu verzeichnen. Im Vergleich aller Kurmaßnahmen werden
vor allem Atem/Entspannungstherapie und Klimatherapie relativ
wenig positiv bewertet, dafür aber mit größerem mittlerem Er-
folg belegt. Im Vergleich dieser beiden Therapieformen ist
ein schlechtes Ergebnis nur bei der Atem/Entspannungstherapie
festzustellen, Klimatherapie hat von daher eher einen guten
bzw. mittleren Erfolg zu verzeichnen. Aus all dem Gesagten ragt
die Psychotherapie eindeutig positiv hervor, die Atem/Entspan-
nungstherapie jedoch negativ.

In Vergleich der subjektiven bzw. objektiven Kurerfolgsbeurtei-
lung in bezug auf die physikalischen Therapieformen, Bewegungs-
therapie, Hydrotherapie und Physiotherapie und zusätzlich die
Klimatherapie zeigt sich eine durchgängig bessere Kurerfolgs-
beurteilung durch den Kurpatienten als durch den Arzt.

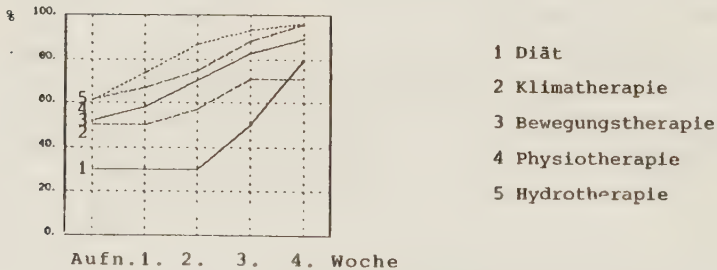
Abb. 40 Kurerfolg und persönliches Befinden in Fremd-(Arzt=A)
und Selbsteinschätzung (Patient=P) in Abhängigkeit von
den verordneten Kurmaßnahmen



Hiernach wird z.B. das etwas negative Ergebnis der Klimatherapie durch die 100% gute Beurteilung dieser Therapieform durch den Patienten revidiert.

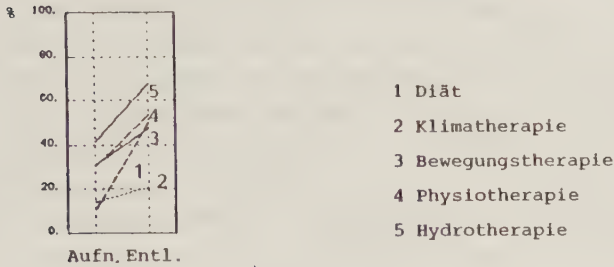
Nach diesem Ergebnis muß - bis eventuell auf die Atem/Entspannungstherapie bei allen Kurmaßnahmen ein guter Kurerfolg - sowohl objektiv als auch subjektiv - konstatiert werden. Dieses Ergebnis wird zudem unter Zugrundelegung der untersuchten Parameter: RR und Serumcholesterinspiegel bestätigt.

Abb. 41 Blutdrucknormalisierung (-140/90mmHg) in Abhängigkeit von den verordneten Kurmaßnahmen



Im Kurverlauf zeigt sich sowohl bei den psychikalischen Therapieformen als auch bei der Klimatherapie und der Diät eine lineare Tendenz zum Normalwert. Am Kurende weisen über 70 % der untersuchten Patienten einen normalen Blutdruckwert von unter 140/90mmHg auf. Bis auf die Diät zeigen die einzelnen Kurmaßnahmen homogene, d.h. mehr oder weniger angegliche Verlaufsformen.

Abb. 42 Serumcholesterinspiegelnormalisierung (-220mg%) in Abhängigkeit von den verordneten Kurmaßnahmen



Auch der Serumcholesterinspiegel weist am Kurende im Vergleich zum Wert bei Aufnahme einen eindeutigen Normalisierungsprozeß auf. Unter den physikalischen Kurmaßnahmen und unter Diät konnten über 50% der Kurpatienten auf einen Cholesterinwert von unter 220mg% nach vier Wochen gebracht werden. Negativ ragt hier nur die Klimatherapie heraus, die kaum Veränderungen des Serumcholesterinspiegels bewirkt hat.

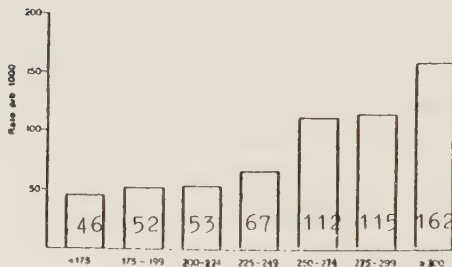
Diese hier vorgelegten Ergebnisse stimmen zum größten Teil mit den Ergebnissen von Dirnagl et al.¹¹ überein. An 900 Patienten hat dieses Autorenkollektiv eine Normalisierung im Kurverlauf festgestellt, zudem konnten auch sie eine Homogenisierung der Verlaufsformen herausarbeiten. Die vorliegenden Ergebnisse können jedoch nicht die von Dirnagl et al. konstatierte reaktive Phasenbildung belegen. Die eindeutig lineare Normalisierung der Blutdruckwerte läßt den Schluß auf eine Kurkrise oder Kurreaktion nicht zu. Hierfür bedürfte es evtl. anderer Parameter. Aber mit diesen Autoren muß wohl der Schluß gezogen werden:

"Auffällig ist jedenfalls, daß in Kurorten mit sogenannten konventionellen Behandlungsformen an Parametern der Herzkreislauffunktion eindeutig Ökonomisierungseffekte beobachtet werden können, die den in modernen Rehaszentren erhobenen Nennwerten sehr ähneln"¹². D.h. zusammengefaßt, daß ein Kurerfolg mehr oder weniger unabhängig von der verordneten Kurmaßnahme

wohl allein durch den Aufenthalt unter ärztlicher Leitung fern ab von Familie, Beruf und alltäglichem sozialem Milieu einen Kurerfolg zu ermöglichen scheint. Diese These wird durch die Ergebnisse von Troschkes bestätigt, der vor allem "Ruhe", "Abschalten", "aus dem Alltag rauskommen" als positiv zu bewertende Kurfaktoren nennt.¹³

Bedenkt man, daß diese überdurchschnittliche hohe Normalisierung bei einer vegetativ dystonen Ausgangslage erzielt werden konnte, so muß der hier ermittelte Kurerfolg noch höher angesiedelt werden. Folgt man den Ausführungen Kulpes¹⁴, so liegt bei vegetativer Dystonie lediglich eine Besserungsrate von 35,65% vor, während die Besserungsrate bei Herzinfarkt immerhin 67,82% beträgt. Bluthochdruck hat seiner Meinung nach nur eine Besserungsrate von 11,9% und Fettsucht von 23,82%. Diese von Kulpe ermittelte hohe Erfolgsquote bei Herzinfarkttherapie scheint von daher gegen jede Form von Prävention zu sprechen. "Bedenkt man jedoch den kostenmäßigen und vor allem technischen Aufwand dieser Verfahren (bei Herzinfarkt; der Verfasser) ..., rückt die vorbeugende Behandlung in den Brennpunkt des Interesses."¹⁵ Allein die Normalisierung des Serumcholesterinspiegels würde 1/3 weniger Herzinfarkte verursachen.

Abb. 43 Serumcholesterinspiegelkonzentration nach 16



Zusammentreffen von Herzinfarkt und plötzlichem Herztod pro 1000 Männer im Alter von 30-59 Jahren in Abhängigkeit vom Serum-Cholesterinspiegel (nach Stamler u. Epstein, Prev.Med.1,27/1972)

Die vorliegenden überaus guten Besserungsraten, festgemacht an der Normalisierung des Blutdrucks in über 70% der Fälle und der Normalisierung des Serumcholesterinspiegels in über 50% der Fälle, können deshalb nur bedeuten, daß eine Präventivkur Risikofaktoren abbaut bzw. eventuellen Folgewirkungen entgegenwirken kann.

"Deshalb darf auf medizinisch notwendige, gesundheitserhaltende Kurmaßnahmen nicht verzichtet werden. Dies wäre - bei allen notwendigen Bemühungen um mehr Kostenbewußtsein auch im Gesundheitswesen - das Gegenteil von Kostenersparnis."¹⁷ Allerdings muß der Kurmodus den sich verändernden Bedingungen angepaßt werden. Hellauer und Winkler¹⁸ ist ausdrücklich zuzustimmen, wenn sie eine verpflichtende Nachuntersuchung für eine künftige Kurbewilligung fordern. Kurtagebücher können helfen, den Mißstand, den Kulpe¹⁹ aufgezeigt hat, daß in 50-80% der Fälle keine Entlassungsberichte vorlagen, zu beheben. Zudem müßte eine bessere Vorbereitung auf die Kur betrieben werden, denn einer Befragung in Bad Oeynhausen zu Folge gaben 43,5% der befragten Kurpatienten an, nicht ausreichend auf das Heilverfahren vorbereitet zu sein, 72% hatten vorher nie an einer gesundheitlichen Aufklärung teilgenommen.²⁰ Es scheint gerade in jüngster Zeit der "gesundheitsorientierte Familienurlaub" eine Alternative zu werden.²¹ Neben Privatversicherten sieht Kleinert vor allem in den 34,7 Mio Urlaubern zukünftige Kurpatienten.²² Insgesamt kann Wannenwetsch²³ nur zugestimmt werden, wenn er schlußfolgert:

- 1) Kuren und Heilverfahren sind heute ein Grundpfeiler therapeutischen Handelns
- 2) Kuren zahlen sich aus und sind wirksam und
- 3) für die ärztlich gut geleitete Kur gibt es derzeit keine Alternative

auch und gerade nicht bei einer "verwaschenen Syndromdefinition wie vegetativer Dystonie".²⁴

ANMERKUNGEN (Diskussion)

- 1 vgl. Kulpe, W., Kur und Kurerfolg, a.a.O.
- 2 vgl. Wannenwetsch, E., Die Meßbarkeit des Kurerfolgs aus sozialmedizinischer Sicht, a.a.O.;
und ders., Der Kurerfolg im Spiegel der Zahlen, a.a.O.
- 3 vgl. Pribilla, W., Methodik der Erfolgsbeurteilung von Heilmaßnahmen, a.a.O.
- 4 vgl. Götz, J., Methoden der Kurerfolgsbeurteilung, a.a.O.
und Werkö, zitiert bei: Schaefer, H., Blohmke, M., Sozial-
medizin, a.a.O.
- 5 vgl. Weslack, W., Vergleichsuntersuchung über Krankheits-
verläufe bei privat- und sozialversicherten Patienten, a.a.O.
- 6 vgl. Böck, D., Eine faktorenanalytische Untersuchung der
Einstellung von Kurpatienten zur Kur, a.a.O.
- 7 Breithaupt, H. et al., Vergleichende Untersuchung über den
Kureffekt der aktivierenden physikalischen Therapie bei so-
genannten offenen Heilverfahren im Vergleich zu kurkli-
nischen Heilverfahren, a.a.O.
- 8 vgl. Zipp, H., Kurorttherapie von Herz- und Kreislaufferkran-
kungen, a.a.O.
- 9 vgl. Zipp, C. et al., Kureffekt und Kurerfolg bei Patienten
mit und ohne Psychotherapie, a.a.O.
- 10 ebda., S.263
- 11 vgl. Dirnagl, K. et al., Analyse des Kurverlaufs, a.a.O.
- 12 ebda., S.535
- 13 vgl. Zipp, C. et al., Kureffekt und Kurerfolg bei Patienten
mit und ohne Psychotherapie, a.a.O.
- 14 vgl. Kulpe, W., Kur und Kurerfolg, a.a.O.
- 15 Gradaus, D., Prävention Herz- und Kreislaufkranker im Kurort,
a.a.O., S.146
- 16 ebda.
- 17 Farthmann, F., Praktizierte Vorsorge ist besser als jede
notwendige medizinische Behandlung, a.a.O., S.125
- 18 vgl. Hellauer, H., und Winkler, R., Podiumsgespräch über Kur-
gestaltungen und Erfolgskontrollen, a.a.O.
- 19 vgl. Kulpe, W., zitiert in: Idris, E., Kurpatienten-Kurgäste-
Kururlaub, a.a.O.
- 20 vgl. Kleinert, E., Kurerfolg eine Frage der Selbstverantwor-
tung, a.a.O.
- 21 vgl. Hillermeier, K., Enges Vertrauensverhältnis zwischen al-
len an der Kur Beteiligten, a.a.O.
- 22 vgl. Kleinert, E., Effektivität und Effizienz von Kuren und
Heilverfahren, eine Utopie?, a.a.O.
- 23 Wannenwetsch, E., Die Meßbarkeit des Kurerfolgs aus sozial-
medizinischer Sicht, a.a.O., S.121
- 24 Goetz, E., zitiert in: Idris, E., Kurpatienten-Kurgäste-Kur-
urlaub, a.a.O., S.3853

V. Zusammenfassung

Mit dem zweiten Haushaltsstrukturgesetz vom 01.01.1982 sind gravierende Einschnitte in den Kursektor, insbesondere in den präventivmedizinisch wirkenden Teil vorgenommen worden. Obwohl seit 1957 Prävention ausdrücklich als ein Bestandteil der Kur festgeschrieben war, wird mit der neuen Gesetzesgrundlage Prävention gestrichen und eine Kur nur noch bei erheblich gefährdeter oder geminderter Erwerbsfähigkeit bewilligt. Das hatte 1983 40 % weniger Kuren als noch 1981 zur Folge (BfA). Zudem sind die Versicherten nunmehr verpflichtet, 10,-- DM pro Kurtag selbst beizutragen. Vordergründig scheint hiermit ein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erfolgt zu sein. Läßt man primäre, d.h. eigentliche, Prävention als Bewilligungsgrund nicht mehr zu, so scheint man aber die bislang vorliegende Kosten-Nutzen-Kalkulation bzw. die Effizienz von Heilbehandlungen auch solcher präventiver Art zu übersehen. Die Kosten-Nutzen-Kalkulation wird gemeinhin in der Literatur mit eins zu drei angesetzt. D.h. zum Beispiel, daß in der Nachkurperiode eine Zunahme der Arbeitsfähigkeit um ca. 40% festgestellt worden ist, die Fehltagsquote ist nachweislich nach einem Kuraufenthalt um 60 % gesunken, Krankmeldungen sanken um das Drei- bis Fünffache. Einer amerikanischen Untersuchung zufolge beträgt die Effizienz präventiver Maßnahmen ca. 800 Dollar pro Person (für 1973 errechnet). Von daher scheint das neue Haushaltsstrukturgesetz etwas voreilig Prävention gestrichen zu haben. Aber mit der veränderten Bewilligungsgrundlage wollte man wohl dem "Kurismus" ein Ende setzen. Zudem kam eine Heilbehandlung nur knapp 3% aller Versicherten zugute. Kurerfolge waren zudem bis dahin wohl wenig objektivierbar. Das ist herzuleiten aus der Tatsache, daß in 50-80% der Fälle nach Kurende der Entlassungsbericht fehlte. Darüber hinaus enthielten 14 % der ausgefertigten Abschlußberichte keine ärztlichen Angaben. Kurgemäßes Verhalten scheint

zudem über ein gewisses "Opfer" eher gewährleistet zu sein. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß das zweite Haushaltsstrukturgesetz insbesondere die Pflichtversicherten trifft, während privatversicherte Personen auch weiterhin Präventionen in der Kur betreiben können. Hier setzt eine Hypothese der Arbeit an, d.h., daß das Gesundheitsbewußtsein bzw. Verhalten von Kassen- und Privatpatienten unterschiedlich war und ist. Neigen Kassenpatienten eher zu passivem abwartendem Gesundheitsverhalten statt zu einem aktiven Gesundheitsbewußtsein und Verhalten, so zeigen Privatpatienten eine eher "aktive Mitarbeit" auf. Privatpatienten weisen positivere Krankheitsverläufe auf als Kassenpatienten. Ist somit der Versicherungsmodus Ausdruck eines schichtenspezifischen Krankheits- bzw. Gesundheitsbewußtseins und Verhalten? Oder anders gefragt, werden in Vorsorgekuren je nach Kostenträger unterschiedliche Eingangsdiagnosen therapiert bzw. unterschiedliche Kurmaßnahmen angewandt? Um diese Fragen beantworten zu können, lief eine schriftliche Befragung (Fragebogen) von September 1981 bis Juli 1982 in einer BfA-Klinik, die noch Prävention betrieb, aber kurz davor stand, in eine Rehabilitationsklinik umgewandelt zu werden, und in einem Privatsanatorium. Um einen möglichst klar verständlichen Fragebogen zu entwickeln, wurden die Leiter der beiden Kurkliniken über ihre Kurmaßnahmen, die typische Patientenpopulation, bisherige Erfahrungen usw. interviewt. Der danach entwickelte Fragebogen wurde zur Überprüfung und Testung fünf Versuchspersonen in einem Pretest im Abstand von drei Wochen zweimal vorgelegt. Es handelt sich dabei um Personen, die kurze Zeit vorher aus einer Kur zurückgekehrt waren. Die Befragung selbst lief in beiden Kliniken über vier Wochen. In einer Parallelbefragung von Kurarzt und Kurpatient sollten sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzung der Kur bzw. des Kurverlaufs gemessen werden. Erfragt werden sollten in erster Linie:

1. Risikofaktoren bzw. Kurgründe
2. Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsbewußtsein
3. verordnete Kurmaßnahmen bzw. Beurteilung der Kurmaßnahmen
4. Objektive soweit möglich bzw. subjektive Kurerfolgsbeurteilung.

Der dem Patienten von behandelnden Arzt ausgehändigte Patientenfragebogen erfaßte einerseits Sozialindikatoren, wie z.B. Berufs- und Schulabschluß, Familienstand, Geschlecht und Alter, zum anderen die Motivation des Kurgastes zur Kur. In einem Verlaufsbogen, der über eine normale Kurdauer von vier Wochen angelegt war, sollten in einer wöchentlichen Datenerfassung die Einstellung des Kurgastes zu den Kurmaßnahmen und die innere Einstellung zur Kur erfragt werden. Die subjektive Kurerfolgsbeurteilung wurde am Ende der Kur erfragt. Einzelne Fragen des Patientenfragebogens standen in direkter Beziehung zum parallel nummerierten Arztfragebogen, um somit für einzelne Antworten einen objektiveren Rahmen zu gewinnen. Dem Arztfragebogen lag insbesondere das Risikofaktorenkonzept für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zugrunde. Die Auswahl der Risikofaktoren nach ihrer Bedeutung für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Grenzen für pathologische Werte orientierte sich an epidemiologischen Studien von Evans-County und Framingham. Vor allem sollten hierbei Blutdruckveränderungen, Serumcholesterinspiegelveränderungen und Gewichtsveränderungen erfaßt werden. Parallel zum Patientenfragebogen wurde ebenfalls in einem 4-wöchigen Verlaufsfragebogen versucht, den Kurerfolg bzw.-effekt aus ärztlicher Sicht zu messen. Die Auswertung der Fragebögen erfolgt über SPSS 80. Die Untersuchung spiegelt nur zwei Fallbeispiele wider, ohne einen Anspruch auf Repräsentativität zu erheben.

Insgesamt wurden 64 Patienten in Selbst- und Fremdeinschätzung untersucht, alle Patienten entsprachen dem Krankheitsbild der "vegetativen Dystonie" bzw. leichter Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Risikofaktoren Übergewicht, Rauchen und Bewegungsmangel waren in der Mehrzahl der Fälle nicht die Kurgründe, statt dessen lagen eher Hypertonie bzw. Grenzwert - Hypertonie und erhöhte Serum-Cholesterinwerte vor. BfA-Klinik und Privatsanatorium unterschieden sich vor allem in der Altersstruktur der Patienten

und in der Anzahl der Kuraufenthalte. Im Privatsanatorium waren die Kurpatienten in der Mehrzahl älter als in der BfA-Klinik und zudem schon mehr als dreimal zur Kur, während in der BfA-Klinik die überwiegende Mehrzahl zum ersten Mal zur Kur waren.

In bezug auf die Therapieformen konnten gravierende Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Kliniken festgestellt werden. Klimatherapie wurde z.B. nur in Klinik 1 angewandt, Psychotherapie nur in Klinik 2. Zudem wurden auch die anderen Therapieformen in unterschiedlichen Kombinationen indiziert. Die erzielten Kureffekte konnten eindeutig über festgelegte Beurteilungskriterien Blutdruck (RR), Gewicht und Serumcholesterinspiegel ermittelt werden, der Kurerfolg wurde zusätzlich über die Beurteilung des Arztes am Ende der Kur bzw. über die Selbsteinschätzung des Kurpatienten ermittelt. In beiden Kliniken konnte am Kurende sowohl von seiten der Patienten als auch in der Beurteilung durch den Arzt eine deutliche Besserung des persönlichen Befindens festgestellt werden, wenn auch in Klinik 1 das subjektive Befinden, die Kur selbst und auch der Kurerfolg insgesamt positiver bewertet wurden als in Klinik 2.

Das gute Befinden am Kurende korrespondierte insgesamt mit einer Blutdruck- bzw. Serumcholesterinspiegel-Normalisierung in beiden Kliniken. In Klinik 1 hatten trotz des hohen Alters der Kurpatienten nach vier Wochen 84,4 % der Patienten einen normalen Blutdruckwert von unter 140/90mmHg RR. Diese Ergebnis widerspricht eindeutig der gängigen Literaturmeinung, daß mit zunehmendem Alter der Kurerfolg sinkt. Allerdings muß dieses Ergebnis in Zusammenhang gebracht werden zum Versicherungsmodus, d.h. es handelt sich hier um Privatpatienten, die nach der Literaturmeinung ein größeres Gesundheitsbewußtsein zeigen. Beurteilt man den insgesamt guten Kurerfolg in Abhängigkeit von den verordneten Kurmaßnahmen, so zeigt sich im Kurverlauf sowohl bei den physikalischen Therapieformen als auch bei der Klimatherapie und der

Diät eine lineare Tendenz zum Normalwert. Die einzelnen Kurmaßnahmen weisen bis auf die Diät eine homogene, d.h. mehr oder weniger angegliche Verlaufsform auf. Unter physikalischen Kurmaßnahmen und unter Diät konnten über 50 % der Kurpatienten in beiden Kliniken auf einen Cholesterinspiegelwert von unter 220mg % nach vier Wochen gebracht werden, d.h. zusammengefaßt, daß ein guter Kurerfolg mehr oder weniger unabhängig von der verordneten Kurmaßnahme wohl allein durch den Aufenthalt unter ärztlicher Leitung fernab vom Alltag möglich wird. Die vorliegenden überaus guten Besserungsraten, festgemacht an der Normalisierung des Blutdrucks in über 70 % der Fälle und der Normalisierung des Serumcholesterinspiegels in über 50 % der Fälle, können nur bedeuten, daß eine Präventivkur Risikofaktoren abbaut bzw. eventuellen Folgewirkungen entgegenwirken kann.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

- AHRENS, E.H., Nahrungsfette und koronare Herzkrankheit:
viele ist noch offen, Übersetzung und Ab-
druck aus: Lancet II, 1979, S.1345-1348
- BEUTEL, P.,/
KÜFFNER, H., SPSS8, Statistik-Programm-System für die
SCHUBÖ, W., Sozialwissenschaften, Fischer, Stuttgart,
New York, 1980
- BUNDESVERSICHERUNGS- Geschäftsbericht, 1978-1981, Kurzberichte
ANSTALT F. ANGESTELLTE
(BfA),
- DERS., Sondermerkblatt 1982, Neuregelung in der
Rentenversicherung, Januar 1982
- BÖCK, D., Eine faktorenanalytische Untersuchung der
Einstellungen von Kurpatienten zu ihrer
Kur, in: Rehabilitation, 14/1975, S.136-144
- BLOHMKE, M., et al., Auswahl des Kurgastes nach strengere-
ren Maßstäben, in: Ärztliche Praxis, 21/1975,
S.969ff
- BREITHAUPT, H.,/
BAIER, H., Vergleichende Untersuchung über den Kuref-
DEMUTH, F., fekt der aktivierenden physikalischen Thera-
SAUER, H., pie bei sogenannten offenen Heilverfahren im:
Vergleich zu kurklinischen Heilverfahren, in:
Zeitschrift Phys.Med.Baln.Klim., 11/1982, S.
254-256
- BRENGELMANN, J.C., Methoden zur Beeinflussung des Rauchens, des
Übergewichts und der Bewegung, in: Heilbad
und Kurort, 11/1975, S.367-377
- BRÜGGEMANN, W., Kneipptherapie im Kurort bei Kreislaufbe-
schwerden, in: Heilbad und Kurort, 6/1979,
S.152-155
- BRUSIS, O., Über die Indikation von Frühheilverfahren
mit Terrainkuren bei Sozialversicherten mit
Kreislaufschäden und über die Prüfung des
Kurerfolges, Inaug.Diss., München 1961
- BUTOLLO, W., Strategien zur Adaption lernpsychologischer
Psychotherapie an die Bedingungen in der Re-
habilitation koronarer Herzkrankungen, in:
Psychosozialer "Streß" und koronare Herz-
krankheit 2, hrsg. von Halhuber, M.J., Sprin-
ger-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1978,
S.165-170
- DESCHWANDEN, P.v., Präventivkuren in mittleren Höhen in der
Schweiz, in: Zeitschrift für angewandte Bäd-
der- und Klimaheilkunde (ZfaBuK), 4/1977,
S.356-360
- DIECKMANN, W., Sozialmedizinische Aspekte von gesundheits-
schädlichem Verhalten, in: Viefhues, H. (Hrsg.),
Lehrbuch Sozialmedizin, Verlag W. Kohlhammer,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981, S.75-79

- DIRNAGL, K.,
DREXEL, H.,
KLEINSCHMIDT, J.,
DUMPERT, H.-D.,
FARTHMAN, F.,
F.A.Z.,
FERBER, CHR.v.,
FERSTL, R.,
JONG, R.de,
BRENGELMANN, J.C.,
FREYTAG-LORINGHOVEN,
W.D. FREIHERR v.,
GOETZ, H.,
GRADAUS, D.,
GREISER, E.,
HALHUBER, M.J.,
DERS.,
DERS.,
DERS.,
HELLAUER, H.,
WINKLER, R.,
- Analyse des Kurverlaufs, in: Münchner
Medizinische Wochenzeitschrift, 11/1974,
S.529-536
- Übergewicht im Kindesalter und Erziehungs-
verhalten der Mutter, i.A. der Bundeszen-
trale f. gesundheitliche Aufklärung,
Inaug.Dissertation Köln 1982
- Praktizierte Vorsorge ist besser als jede
notwendige medizinische Behandlung, in:
Heilbad und Kurort, 6/1980, S.124-126
- vom 05. Januar 1984, S.8
- Soziologie für Mediziner, Springer-Verlag
Berlin, Heidelberg, New York 1975
- Verhaltenstherapie des Übergewichts, i.A.
der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, hrsg. vom Bundesminister für
Jugend, Familie und Gesundheit, Verlag W.
Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz,
Limburg 1978
- Zusammenfassung der Diskussion, in: Heil-
bad und Kurort, 1/1979, S. 11-13
- Methoden der Kurerfolgsmessung, Inaug.Diss.,
Bochum 1979
- Prävention Herz- und Kreislaufkranker im
Kurort, in: Heilbad und Kurort, 6/1979,
S.146-149
- Epidemiologische Grundbegriffe und Metho-
den, in: Viefhues, H. (Hrsg.), Lehrbuch
Sozialmedizin, Verlag W. Kohlhammer, Stutt-
gart, Berlin, Köln, Mainz 1981, S.9-41
- (Hrsg.), Psychosozialer "Streß" und koro-
nare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag,
Berlin, Heidelberg, New York 1978
- Die ärztliche Problematik von Freizeit und
Urlaub im Hinblick auf Streß-Therapie und
Streß-Prävention, in: ders., (Hrsg.), Psy-
chosozialer "Streß" und koronare Herzkrank-
heit 2, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg,
New York 1978, S.264-266
- Was soll das sein: eine Kur?, in: Heilbad
und Kurort 3/1976, S.86-88
- "Wer soll zur Kur?", in: Heilbad und Kur-
ort, 8/1976, S. 217-220
- Podiumsgespräch über Kurgestaltung und Er-
folgskontrollen, in: Zf.a.B.u.K. 2/1980,
S.175-176

- HEYDEN, S., Spezifische Gesundheitserziehung und "unspezifische" Streßprävention, in: Halhuber, M.J. (Hrsg.), Psychosozialer "Streß" und koronare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1978, S.202-225
- DERS., Risikofaktoren für das Herz. Ergebnisse und Konsequenzen der post-Framingham-Studien, Mannheimer Morgenverlag 1974
- HILLEBRAND, O.,/ Psychosoziale Aspekte einer Kur, in: ZfaBuK, 2/1980, S.151-155
- HOFFMANN, K., Rehabilitation weitaus rückläufiger als erwartet, in: Die Angestelltenversicherung, 10/1982, S.369-372
- HILLERMEIER, K., Enges Vertrauensverhältnis zwischen allen an der Kur Beteiligten, in: Heilbad und Kurort, 11/1980, S.317-323
- HÜLLEMANN, K., Zur Frage der Vermeidung von Streßreaktion durch körperliche Aktivität, in: Halhuber, M.J. (Hrsg.), Psychosozialer "Streß" und koronare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1978, S.93-105
- DERS., Möglichkeiten und Grenzen der Bewegungstherapie, in: Heilbad und Kurort, 8/1978, S.235-237
- IDRIS, E., Kurpatienten-Kurgäste-Kururlaub, in: selecta 41 vom 11. Oktober 1982, S.3850-386
- IMMICH, H., Medizinische Statistik, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York 1974
- INSTITUT FÜR THERAPIEFORSCHUNG MÜNCHEN, Abnehmen ohne Zwang, IFT-Manuale Bd.22, München 1982
- DERS., Übergewichtsprogramm, IFT-Manuale Bd.20, München 1981
- JUNG, K., Transzendente Meditation (TM) in Prävention und Therapie, in: Halhuber, M.J. (Hrsg.), Psychosozialer "Streß" und koronare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1978, S.138-140
- KATZENSTEINER, M., Klinisch-psychologische Arbeiten mit Kurgästen, in: ZfaBuK, 2/1980, S.156-159
- KERSKEN-NÜLENS, U., Belastende soziale Situation und Sozialanamnese, in: Viefhues, H. (Hrsg.), Lehrbuch Sozialmedizin, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981, S.89-100

- KLEINERT, E., Bericht über den Stand der Einführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen in den Heilbädern und Kurorten, in: Heilbad und Kurort, 1/1979, S.7-10
- DERS., Effektivität und Effizienz von Kuren und Heilverfahren, eine Utopie?, in: Heilbad und Kurort, 11/1978, S.364-373
- DERS., Kurerfolg eine Frage der Selbstverantwortung, in: Heilbad und Kurort, 10/1980, S. 243-244
- DERS., Der moderne Kurort und die Sozialversicherung, in: Heilbad und Kurort, 10/1980, S. 237-242
- KLEINSCHMIDT, Th., Das Kurwesen aus den Erfahrungen der Arbeits- und Sozialmedizin, in: Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Präventivmedizin, 3/1976, S.65-69
- KIJANSKI, H.-D., Gesundheitserziehung: Ein Kampf gegen das Risikoverhalten, in: Heilbad und Kurort, 11/1976, S.298-301
- KIRSCHNER, CHR., Die Badekuren, ihre therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen der medizinischen Disziplinen, in: Heilbad und Kurort, 5/1979, S. 129-131
- DERS., Fettsucht als Verhaltensstörung, in: ZfaBuK, 1/1978, S.59-66
- DERS., Medizinische Aspekte der Prävention in der Balneologie und Klimatologie, in: Heilbad und Kurort, 3/1977, S.76-81
- KOCH, A., Die wirtschaftliche Bedeutung der Heilbäder in der Bundesrepublik Deutschland, in: Heilbad und Kurort, 10/1980, S.246
- KULPE, W., Kur und Kurerfolg, in: Deutsches Ärzteblatt -Ärztliche Mitteilungen, 10/1975, S.262-267 (Nachdruck)
- LAASER, U., Prävention: Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung, in: Viefhues, H. (Hrsg.), Lehrbuch Sozialmedizin, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981, S.117-152
- LEPPER, M., 25 Jahre Erfahrung mit dem autogenen Training, in: Halhuber, M.J.(Hrsg.), Psychosozialer "Streß" und koronare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1978, S.106-109

- LEPPERT, H., Entwicklung der Edukativmedizin im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen in den Heilbädern und Kurorten, in: Heilbad und Kurort, 11/1976, S.302-303
- LÜHR, K., Kurortbehandlung der Herz-Kreislauf-Krankheiten, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1977
- MARMOT, M.G.,
ADELSTEIN, A.M.,
ROBINSON, N.,
ROSE, G.A., Wechsel in der Sozialschichtverteilung von Herzkrankheiten, Übersetzung und Abdruck aus: British Medical Journal, 2/1978, S.1109-1112
- MAASS, M., Verhaltenstherapieansatz "Stressbewältigung", in: Halhuber, M.J.(Hrsg.), Psychosozialer "Stress" und koronare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978, S. 157-164
- MERZT, D.P., Bedeutung der Erkennung und der diätetischen Behandlung von Hyperlipoproteinämien unter Kurpatienten, in: ZfaBuK, 3/1977, S. 288-294
- MEYER, H.-A., Die Compliance von Kurpatienten als Faktor für den präventivmedizinischen Erfolg einer Kur, Inaug Diss., Bochum 1984
- MÜLLER, W.,
HAUSS, F., Der Stellenwert der Herzinfarkt-Risikofaktoren unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten, in: Halhuber, M.J.(Hrsg.), Psychosozialer "Stress" und koronare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978, S. 239-263
- NUSSEL, E.,
KURZ, E., Einschlägige Erfahrungen aus der Präventions-Feldforschung, in: Halhuber, M.J.(Hrsg.), Psychosozialer "Stress" und koronare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978, S.226-228
- Ott, V.R., Zur Stellung der Balneologie und Bioklimatologie in der Medizin - heute und morgen, in: Zf.Phys.Med., 3/1981, S.141-142
- PAUL, H.A., Rehabilitation, in: Viefhues, H. (Hrsg.), Lehrbuch Sozialmedizin, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981, S.152-210
- POSSE, P., Bewegung als Teilfaktor der Kurorttherapie, in: ZfaBuK, 2/1977, S.120-122
- PRIBILLA, W., Methodik der Erfolgsbeurteilung von Heilmaßnahmen, in: Der medizinische Sachverständige, 1969, S. 53-56

- REISE-MAGAZIN vom 15.10.1983, S.1
- RIEHMANN, W., Das Heilbad im Wandel, in: Heilbad und Kurort, 7/1980, S.161
- DERS., Sozialpolitische Aspekte der Heilverfahren der Rentenversicherungsträger, in: Heilbad und Kurort, 10/1977, S. 255-258
- ROMPEL, CHR., Praktische Aspekte der Ernährungstherapie in einer Kurklinik, in: ZfaBuK, 1/1978, S.47-57
- DERS., et al., Der normalisierende Einfluß der aktivierenden Kurbehandlung auf das Körpergewicht, in: ZfaBuK, 1/1977, S.31-39
- ROST, R., Körperliches Training als Therapieprinzip bei Störungen der Blutdruckregulation (Hypertonie und Hypotonie), in: ZfaBuK, 1/1980, S.51-64
- SCHAEFER, H., Die Gesundheit liegt an uns selbst, in: Heilbad und Kurort, 7-8/1975, S.175-179
- DERS.,/ Sozialmedizin, Thieme Stuttgart 1978²
- BLOHMKE, M.,
- DERS., Die Suche nach Risikofaktoren, Probleme in Gegenwart und Zukunft in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 1/1973, S.2-6
- DERS., Umweltveränderung als Prävention, in: Halhuber, M.J.(Hrsg.), Psychosozialer "Streß" und koronare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1978, S.267-273
- SCHAUWECKER, W., Leib und Seele-Konflikte als Krankheitsursachen-psychosomatische Zusammenhänge, in: Heilbad und Kurort, 11/1975, S.378-379
- SCHULENBERG, W., Die Funktion der Bildung in der Rehabilitation, in: ZfaBuK, 22/1975, S.295-303
- SIEGRIST, J., Lehrbuch der medizinischen Soziologie, Beck Verlag, München 1977³
- SCHNIZER, W.,/ Zum Bewegungstraining im Kurort, in: Heilbad und Kurort, 4/1978, S.106-110
- KLEINSCHMIDT, J.,/
- DREXEL, H.,

- STREHLKE, Die zentrale Stellung der Kur innerhalb unserer Rehabilitationsbemühungen ist sozialpolitisch unbestritten, in: Heilbad und Kurort, 11/1980, S.312-315
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch 1982 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden, Berlin 1982, insbesondere S.389 und 406
- VAITL, D., Der Einsatz von Biofeedback-Verfahren in der Behandlung von Patienten mit funktionellen Herzbeschwerden, in: Halhuber, M.J. (Hrsg.), Psychosozialer "Streß" und koronare Herzkrankheit 2, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1978, S.141-156
- VIEFHUES, H., Der medizinische Krankheitsbegriff, in: Zeitschrift für Sozialreform, 22/1976, S. 394-402
- DERS. (Hrsg.), Lehrbuch Sozialmedizin, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981
- WANNENWETSCH, E., Die Meßbarkeit des Kurerfolges aus sozialmedizinischer Sicht, in: Heilbad und Kurort, 6/1980, S.119-121
- DERS., Der Kurerfolg im Spiegel der Zahlen, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, 12/1967, S.450-453
- DERS., Die Kur aus wirtschaftlicher, medizinischer und sozialmedizinischer Sicht, in: Heilbad und Kurort, 11/1980, S.326-332
- DERS., Kuren sind im Gesundheitswesen unersetzbar und gewinnbringend für die gesamte Volkswirtschaft, in: Heilbad und Kurort, 3/1977, S.74-75
- DERS., Die Rolle des Bäderwesens im Rahmen der wirtschaftlichen Gestaltung des Gesundheitswesens, in: Heilbad und Kurort, 10/1977, S.259-263
- DERS., Sparen bei der Kur? Die Bonner Spargesetze vom 01.01.1982, in: Kneipp-Blätter, 10/1982, S.369-370
- WAZ vom 06.10.1983, Krank - doch ein Leben ohne Angst
- WAZ vom 11.10.1983, Herzkrank vor allem durch Ärger und Angst

- WESIACK, W., Vergleichsuntersuchung über Krankheitsverläufe bei privat- und sozialversicherten Patienten, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 97/1972, S.610-615
- WOLFF, G., Kampf gegen die Pest unserer Zeit. Die Zivilisationskrankheiten - allgemeine Einführung in die Risikofaktoren, in: Heilbad und Kurort, 11/1975, S.378
- ZIPP, C.,/ZIPP,H.,/
HILDEBRANDT, G., Kureffekt und Kurerfolg bei Patienten mit und ohne Psychotherapie, in: ZfaBuK, 3/1980, S.256-269
- ZIPP, H., Kurorttherapie von Herz- und Kreislauferkrankungen, in: Heilbad und Kurort, 6/1979, S.150-152

VII. Anhang

Fragebogen-Patient

Fragebogen - Patient

I. Persönliche Daten

- | | | |
|-----------------------------|----------------|-----|
| 1) <u>Geschlecht</u> | 1) männlich | () |
| | 2) weiblich | () |
| 2) <u>Alter</u> | 1) unter 39 | () |
| | 2) 40-49 | () |
| | 3) 50-59 | () |
| | 4) über 60 | () |
| 3) <u>Familienstand</u> | 1) ledig | () |
| | 2) verheiratet | () |
| | 3) geschieden | () |
| | 4) verwitwet | () |
| 4) <u>Erlernerter Beruf</u> | | |
| 5) <u>Jetziger Beruf</u> | | |
| 6) <u>Schulabschluß</u> | | |
| 7) <u>Berufsabschluß</u> | | |

II. Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- 8) Wie oft haben Sie schon einen Klinikaufenthalt in einer Kurklinik durchgeführt?
 mal
- 9) Warum haben Sie sich entschlossen, den jetzigen Klinikaufenthalt durchzuführen; (z.B. körperliche, nervliche Erschöpfung, Probleme in Beruf/Familie, durchgemachte Erkrankungen etc.)

- 10) Wie fühlen Sie sich jetzt bei Antritt des Klinikaufenthaltes?
- | | |
|--|-----|
| 1) müde | () |
| 2) krank | () |
| 3) abgespannt | () |
| 4) nicht weiter belastbar | () |
| 5) in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt | () |
| 6) erholungsbedürftig | () |
| 7) gestreßt | () |
| 8) mit sich zufrieden | () |
| 9) mit sich unzufrieden | () |
| 10) anderes | () |

(Mehrfachnennung ist möglich)

- 1) Sind Sie körperlich aktiv?
- | | |
|--------------------------|-----|
| 1) im Beruf | () |
| 2) in der Freizeit | () |
| 3) in Beruf und Freizeit | () |
| 4) weder noch | () |

Bitte füllen Sie während Ihres Aufenthaltes den Verlaufsbogen (S.2) jeweils am Ende der Woche aus:

III. Verlaufsbogen - Patient

Ende des Aufenthaltes

nach 3 Wochen

nach 2 Wochen

nach 1 Woche

12) Haben Sie die empfohlenen Maßnahmen (Kneippanwendung, Bewegungstherapie, Gymnastik, Massagen, Packungen) durchgeführt?

1) ja ()
2) nein ()
3) teilweise ()

1) ja ()
2) nein ()
3) teilweise ()

1) ja ()
2) nein ()
3) teilweise ()

1) ja ()
2) nein ()
3) teilweise ()

13) Welche freiwilligen Aktionen haben Sie unternommen? (z.B. Autogenes Training, Wandern, Werken, Jazz-Gymnastik, etc.)

14) Wie beurteilen Sie die Maßnahmen?

1) gut ()
2) mittel ()
3) schlecht ()

1) gut ()
2) mittel ()
3) schlecht ()

1) gut ()
2) mittel ()
3) schlecht ()

1) gut ()
2) mittel ()
3) schlecht ()

15) Wie war Ihr persönliches Befinden in dieser Woche?

1) besser als () zu Hause
2) wie z.H. ()
3) schlechter () als z.H.

1) besser als () zu Hause
2) wie z.H. ()
3) schlechter () als z.H.

1) besser als () zu Hause
2) wie z.H. ()
3) schlechter () als z.H.

1) besser als () zu Hause
2) wie z.H. ()
3) schlechter () als z.H.

16) Hatten Sie in dieser Woche z.B. Schlafstörungen, Unwohlsein, Gereiztheit, lokale Beschwerden, etc.?

17) Haben Sie noch zusätzliche Bemerkungen?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen am Ende Ihres Aufenthaltes:

IV. 18) Wie fühlen Sie sich heute im Vergleich zu
Beginn Ihres Klinikaufenthaltes?

- | | |
|---------------|-----|
| 1) besser | () |
| 2) schlechter | () |
| 3) genauso | () |
| 4) anders | () |

19) Wie beurteilen Sie insgesamt Ihren Klinik-
aufenthalt?

- | | |
|-------------|-----|
| 1) gut | () |
| 2) mittel | () |
| 3) schlecht | () |

20) Beabsichtigen Sie, z.T. Ihre Lebensgewohnheiten
aufgrund Ihres jetzigen Klinikaufenthaltes zu
verändern?

- | | |
|---------------|-----|
| 1) ja | () |
| 2) nein | () |
| 3) weiß nicht | () |

Wenn ja, nennen Sie sie bitte

.....

.....

21) Würden Sie nochmals einen vergleichbaren Klinik-
aufenthalt durchführen?

- | | |
|---------------|-----|
| 1) ja | () |
| 2) nein | () |
| 3) weiß nicht | () |

Recht herzlichen Dank, daß Sie sich so große Mühe mit diesem
Fragebogen gemacht haben.

Fragebogen-Arzt

Fragebogen - Arzt

I. Persönliche Daten des Kurgastes

- | | | |
|-------------------------|----------------|-----|
| 1) <u>Geschlecht</u> | 1) männlich | () |
| | 2) weiblich | () |
| 2) <u>Alter</u> | 1) unter 39 | () |
| | 2) 40-49 | () |
| | 3) 50-59 | () |
| | 4) über 60 | () |
| 3) <u>Familienstand</u> | 1) ledig | () |
| | 2) verheiratet | () |
| | 3) geschieden | () |
| | 4) verwitwet | () |

II. Allgemeinbefund bei Aufnahme

- 4) Körperl. Aktivität = 10min. Kreislauftraining pro Tag
- | | |
|-----------------------------------|-----|
| 1) sitzende Tätigkeit ohne regel- | () |
| mäßige körperliche Freizeit- | |
| aktivität | |
| 2) sitzende Tätigkeit mit regel- | () |
| mäßiger körperl. Freizeit- | |
| aktivität | |
| 3) körperliche Aktivität | () |
| im Beruf ohne zusätzliche | |
| Freizeitaktivität | |
| 4) regelmäßige körperl. Aktivität | () |
| in Beruf und Freizeit | |
- 5) Rauchen
- | | |
|------------------------------------|-----|
| 1) Nichtraucher | () |
| 2) 5-14 Zigaretten pro Tag | () |
| 3) 15 oder mehr Zigaretten pro Tag | () |
| 4) Pfeifen-/Zigarrenraucher | () |
- 6) Exraucher
- | | |
|-------------------------------------|-----|
| I. 1) unter 2 Jahren | () |
| 2) seit 2-5 Jahren | () |
| 3) seit 5-10 Jahren | () |
| 4) über 10 Jahre | () |
| II. 5) weniger als 5 Jahre geraucht | () |
| 6) 5-10 Jahre geraucht | () |
| 7) 10-15 Jahre geraucht | () |
| 8) länger als 15 Jahre geraucht | () |

7) Allgemeiner Körperzustand

- | | |
|--------------|-----|
| 1) gut | () |
| 2) mittel | () |
| 3) reduziert | () |

8) Ernährungszustand

- | | |
|--------------|-----|
| 1) gut | () |
| 2) mittel | () |
| 3) reduziert | () |

9) Psychischer Eindruck

- | | |
|-----------------------|-----|
| 1) unauffällig | () |
| 2) geordnet | () |
| 3) dissimulierend | () |
| 4) aggravierend | () |
| 5) antriebsgesteigert | () |
| 6) antriebsgehemmt | () |
| 7) depressiv | () |

10) Zuwendung zum Arzt

- | | |
|---------|-----|
| 1) ja | () |
| 2) nein | () |

11) Größe

cm

12) Gewicht

kg

13) Blutdruck (RR, mmHg)

- | | |
|-------------------------|-----|
| 1) s < 140
d < 90 | () |
| 2) s 140-159
d 90-99 | () |
| 3) s > 160
d > 100 | () |

14) Cholesterin

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| 1) < 220mg/100ml
< 5,6 mmol/l | () |
| 2) 220-259mg/199ml
5,6-6,6 mmol/l | () |
| 3) ≥ 260mg/100ml
≥ 6,7 mmol/l | () |

Bitte den folgenden Verlaufsbogen (s. S. 3) während des Kuraufenthaltes des Kurgastes ausfüllen.

III. Verlaufsbogen - Arzt

nach 1 Woche nach 2 Wochen nach 3 Wochen bei Entlassung

15) Gewicht	kg	kg	kg	kg
16) Blutdruck	1) $s \leq 140$ () d ≤ 90 () 2) $s 140-159$ () d $90-99$ () 3) $s \geq 160$ () d ≥ 100 ()	1) $s \leq 140$ () d ≤ 90 () 2) $s 140-159$ () d $90-99$ () 3) $s \geq 160$ () d ≥ 100 ()	1) $s \leq 140$ () d ≤ 90 () 2) $s 140-159$ () d $90-99$ () 3) $s \geq 160$ () d ≥ 100 ()	1) $s \leq 140$ () d ≤ 90 () 2) $s 140-159$ () d $90-99$ () 3) $s \geq 160$ () d ≥ 100 ()
17) Cholesterin				nur bei Entlassung 1) $\leq 220\text{mg}/100\text{ml}$ () 5,6 mmol/l 2) $220-259\text{mg}/100\text{ml}$ () 5,6-6,6 mmol/l 3) $\geq 260\text{mg}/100\text{ml}$ () 6,7 mmol/l
18) psychischer Eindruck	1) unauffällig () 2) geordnet () 3) dissimulier. () 4) aggravierend () 5) antriebsgest. () 6) antriebsgeh. () 7) depressiv ()	1) unauffällig () 2) geordnet () 3) dissimulier. () 4) aggravierend () 5) antriebsgest. () 6) antriebsgeh. () 7) depressiv ()	1) unauffällig () 2) geordnet () 3) dissimulier. () 4) aggravierend () 5) antriebsgest. () 6) antriebsgeh. () 7) depressiv ()	1) unauffällig () 2) geordnet () 3) dissimulierend () 4) aggravierend () 5) antriebsgest. () 6) antriebsgehemmt () 7) depressiv ()
19) Zuwendung zum Arzt	1) ja () 2) nein ()	1) ja () 2) nein ()	1) ja () 2) nein ()	1) ja () 2) nein ()
20) Kurmaßnahmen				
21) Kurgemäßes Verhalten	1) ja () 2) nein ()	1) ja () 2) nein ()	1) ja () 2) nein ()	1) ja () 2) nein ()
22) Zusätzliche Bemerkungen				

IV. Allgemeinbefund bei Entlassungen

1) Kurserfolg

1) gut

2) mittel

3) schlecht

4) nicht bewertbar

2) Vorschläge für weitere Beobachtung, Behandlung,
Lebensführung, diätetische Maßnahmen etc.

.....

.....

3) Zusätzliche Bemerkungen

.....

.....

Recht herzlichen Dank für Ihre Bemühungen!

2. Tabellen-/Abbildungenverzeichnis

2.1 <u>Tabellenverzeichnis</u>	Seite
Tabelle 1 Kurgrund	26
Tabelle 2 Befinden bei Kurantritt	26
Tabelle 3 Psychischer Eindruck	31
Tabelle 4 Zuwendung zum Arzt	31
Tabelle 5 Durchführung der Kurmaßnahmen	35
Tabelle 6 Kurgemäßes Verhalten/ Fremdeinschätzung	35
Tabelle 7 Beurteilung der Kur	35
Tabelle 8 Zusätzliche Bemerkungen	35
Tabelle 9 Beschwerden	37
Tabelle 10 Verordnete Kurmaßnahmen	37
Tabelle 11 Weitere Therapievorschläge	39
Tabelle 12 Art der Veränderung	39
Tabelle 13 Befinden am Kurende	40
Tabelle 14 Nochmaliger Kuraufenthalt	41
Tabelle 15 Psychischer Eindruck/Psychotherapie	60
Tabelle 16 Beurteilung der Kurfaktoren	81
2.2 <u>Abbildungenverzeichnis</u>	
Abb. 1 Hierarchie der Risikofaktoren	10
Abb. 2 Geschlecht	22
Abb. 3 Lebensalter	23
Abb. 4 Familienstand	23
Abb. 5 Schulabschluß	24

			Seite
Abb.	6	Berufsabschluß	24
Abb.	7	Bisherige Kuraufenthalte	25
Abb.	8	Körperliche Aktivität/ Selbsteinschätzung	27
Abb.	9	Körperliche Aktivität/ Fremdeinschätzung	28
Abb.	10	Rauchgewohnheiten	28
Abb.	11	Ernährungszustand	29
Abb.	12	Körpergewicht	29
Abb.	13	Allgemeiner Körperzustand	30
Abb.	14	Systolischer und diastolischer Blutdruck/Klinik 1/Klinik 2	32
Abb.	15	Serumcholesterinspiegel/ Klinik 1 / Klinik 2	33
Abb.	16	Gewichtsveränderung/ Klinik 1 / Klinik 2	33
Abb.	17	Persönliches Befinden/ Klinik 1 / Klinik 2	36
Abb.	18	Veränderung der Lebensgewohnheiten	39
Abb.	19	Beurteilung der Kur	41
Abb.	20	Kurerfolg	41
Abb.	21	Verordnete Kurmaßnahmen	42
Abb.	22	Blutdruckveränderung/Bewegungstherapie	47
Abb.	23	Serumcholesterinspiegelveränderung/ Bewegungstherapie	48
Abb.	24	Gewichtsveränderung/Bewegungstherapie	48
Abb.	25	Blutdruckveränderung/Balneotherapie	51
Abb.	26	Serumcholesterinspiegelveränderung/ Balneotherapie	52

		Seite
Abb. 27	Gewichtsveränderung/Balneotherapie	52
Abb. 28	Blutdruckveränderung/Hydrotherapie	55
Abb. 29	Serumcholesterinspiegelveränderung/ Hydrotherapie	55
Abb. 30	Gewichtsveränderung/Hydrotherapie	56
Abb. 31	Diätplan	62
Abb. 32	Blutdruckveränderung/Diät	66
Abb. 33	Serumcholesterinspiegelveränderung/Diät	67
Abb. 34	Gewichtsveränderung/Diät	67
Abb. 35	Blutdruckveränderung/Klimatherapie	70
Abb. 36	Serumcholesterinspiegelveränderung/ Klimatherapie	71
Abb. 37	Gewichtsveränderung/Klimatherapie	71
Abb. 38	Bewegungstherapie in Kombination mit anderen Therapieformen	77
Abb. 39	Kurerfolg und Kurmaßnahmen	82
Abb. 40	Kurerfolg und persönliches Befinden	83
Abb. 41	Blutdrucknormalisierung und Kurmaßnahmen	84
Abb. 42	Serumcholesterinspiegelnormalisierung und Kurmaßnahmen	85
Abb. 43	Serumcholesterinspiegelkonzentration	86

3. Abkürzungsverzeichnis

BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
LVA	Landesversicherungsanstalt für Arbeiter
RVO	Reichsversicherungsordnung
Reha	Rehabilitation
ZfaBuK	Zeitschrift für angewandte Bäder- u. Klima- heilkunde
g	Gesamtbetrachtung (n=64) aus Klinik 1 und Klinik 2
K 1	Klinik 1 Privatsanatorium
K 2	Klinik 2 BfA-Klinik
Aufn.	Meßwert bei Aufnahme
MN	Mehrfachnennung war möglich
Chi ²	Chiquadrat
df	Freiheitsgrade
p	Signifikanz
SPSS	Statistik-Programm-System für die Sozial- wissenschaften
IfT	Institut für Therapieforschung
RR	Blutdruckmessung nach Riva Roci in mmHg
KHK	Koronare Herzkrankheit

L e b e n s l a u f

- 15.09.1951 geboren als Sohn des Arztes Ewald Henke und seiner Ehefrau Thea, geb. Eyert
- 1958-1962 Besuch der katholischen Volksschule in Bochum-Gerthe
- 1962-1968 Besuch des Staatlichen Gymnasiums in Bochum mit Abschluß der mittleren Reife
- 1968-1971 Besuch des Landschulheimes Schloß Buldern mit Abschluß des Abiturs
- 1971-1975 Aushilfsweise tätig im Pflegedienst am Maria-Hilf-Krankenhaus in Bochum-Gerthe
- 1975-1977 Studium der Wirtschaftswissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum
- ab WS 1977/78 Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum
- 10.05.1984 Ärztliche Prüfung
- 04.06.1984 Approbation als Arzt
- 01.07.1984 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitäts-Klinikum der GHS Essen/Hals-Nasen-Ohren-Klinik
- seit 21.12.1979 verheiratet mit der Wissenschaftlichen Assistentin Dr.rer.soc. Ursula Henke, geb. Karger
- 08.11.1982 Geburt der Tochter Christina

Bochum, im Oktober 1984

Gerd Henke

Hiermit versichere ich an Eides statt, daß ich die Dissertation selbständig angefertigt habe. Alle Hilfen und Hilfsmittel angegeben, insbesondere die wörtlich oder sinngemäß anderen Veröffentlichungen entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe und die Arbeit in der jetzigen oder einer anderen Fassung bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt habe.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'gerd Henke', with a stylized, cursive script.

Gerd Henke

